

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA



Bakalářská práce

*Činnosti Denního psychoterapeutického sanatoria
Ondřejov, a vnímání lidí s psychiatrickým onemocněním
laickou i odbornou veřejností*

*Daily operations of DPS Ondřejov, and perception of
people with psychiatric disorders by general population
and professional community*

Vedoucí práce: RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

Autor: Klára Velišková, DiS.

Oponent práce:

Praha, 15.dubna 2014

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu i ostatní použité zdroje.

V Praze dne 15. dubna 2014

.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat všem, kteří mi nějakým způsobem pomohli se zpracováním této bakalářské práce.

Ráda bych však touto cestou také vyjádřila své poděkování za ochotu a trpělivost RNDr. Janě Leontovyčové, CSc., a z týmu pracovníků DPS Ondřejov především MUDr. Martinu Jarolímkovi, jehož informace pro mě byly důležité. Dále bych ráda poděkovala Ing. Vladimíru Píglvi a Ing. Petrovi Hromířovi. A dále všem za vyplněné dotazníky.

MOTTO

„To co je v mysli, je pravda.“

„Uděláš-li svůj vlastní život čímsi krásným a uměleckým, všechno, po čem jsi kdy toužil,
se začne dít samo od sebe.“

„Duch, tělo a životní osud člověka se formují přesně podle toho, jak člověk cítí, myslí a
věří.“

Osho (1996)

BÁSEŇ

Sny a snění, podle nich se všechno mění,
Barvy, krása, moře žití opředené zlatou nití.

Sny, myšlenky v naší hlavě,
Vše jde tvořit, měnit hravě.
Vše opředené zlatou nití,
Když je láska-duše svítí.
Nabírej si ve svém snění,
Bude dobře- a rychle se Ti vše hned změní.

Nejdřív všechno nezmění tě,
Chvilí trvá, než uvidíš zlaté nitě.

Nepřestávej, a víc než slova,
važ myšlenky a pak znova
budeš cítit, žít své snění.
A najednou neuvidíš, nepřijde Ti,
že se všechno hned teď mění

Nevzdávej se, nepřestávej
Nekončí nic, stále vstávej.

Uděláš krok, přejdeš řeky,
Přejdeš moře – poletíš si nad oblaky.

Pořád dál a stejně zpátky
Kolotoč, který přechází do pohádky
- skutečnost, ta je živá,
i když točí se vše
- je stejná, jiná
Možná hrůza, strach a zima
Nepřestávej, nevzdávej se
Nepohlť tě tvá vina

Ujdeš dálku, jednu míli
a pak budeš šťastná v cíli,
který nikde nemá konce,
podle tvého rozhodnutí,
myšlenek a chuti k žití,
vytváříš si svůj svět v dálce,
co děje se teď – už předem
poslala jsi po obálce

Klára Velíšková, (Praha, 25. 3. 2003)

ANOTACE:

Tato práce představuje Denní Psychoterapeutické Sanatorium Ondřejov. Reflektuje fungování a činnost centra spolu se službami, jež poskytuje svým klientům. Výraznou pozornost věnuji veškerým aktivitám a programům v rámci tohoto sanatoria. V Bakalářské práci prostřednictvím dotazníku reflektuji názory vybraných skupin lidí a jejich pohled na duševní onemocnění, což je zároveň hlavním cílem v praktické části. Hlavní linií práce, stejně jako cílovou skupinou centra jsou lidé s duševním onemocněním.

Cílem práce je vyzdvihnout DPS Ondřejov jako místo vhodné pomoci lidem s psychiatrickým onemocněním, které je v současné době tolik rozšířené. Práce by současně mohla přispět k lepší orientaci v nabízených službách pro tyto klienty.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Klient, psychiatrie, onemocnění, názory, duše, psychóza, schizofrenie, léky, poruchy, psychoterapie, sanatorium, Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, služba

ANNOTATION IN ENGLISH:

This study introduces Daily Psychotherapeutic Sanatorium Ondřejov. It reflects on the workings of the centre and its service delivery to its clients. Big attention is paid to all activities and programmes of this sanatorium. In my bachelor thesis, I used method of questionnaire to interview specific groups of people and their perception of mental illnesses. This is also the main subject of the practical part of my study. The main focus of the study are people with mental disorder, who are also the target group of the centre. In this work, I intend to accentuate DPS Ondřejov as a provider of effective help to people with psychiatric disorder, which is a widely spread phenomena today. At the same time, my study might put more light on the services for clients of this type.

KEY WORDS:

Client, psychiatry, disorder, opinion, soul, psychosis, schizophrenia, medicaments, psychotherapy, sanatorium, Daily Psychotherapeutic Sanatorium Ondřejov, service

OBSAH

1	ÚVOD	1
	TEORETICKÁ ČÁST	4
2	DPS ONDŘEJOV	4
3	PŘEHLED DUŠEVNÍCH NEMOCÍ DLE MKCH	4
3.1	PSYCHÓZY	6
3.2	SCHIZOFRENIE	7
3.2.1	<i>Epidemiologie.....</i>	<i>8</i>
3.2.2	<i>Etiopatogeneze.....</i>	<i>8</i>
3.2.3	<i>Kognitivní dysfunkce.....</i>	<i>9</i>
3.2.4	<i>Nejvýznamnější jednotlivé formy schizofrenie</i>	<i>10</i>
4	PSYCHIATRICKÝ KLIENT	11
4.1	KOMUNIKACE S KLIENTEM	11
4.2	PSYCHIATRIE JAKO „OPRAVNA LIDSKÝCH DUŠÍ“	11
4.3	KLIENTI A LÉKY	12
4.3.1	<i>Předpis o podání léku</i>	<i>12</i>
4.3.2	<i>Magický účinek léku</i>	<i>12</i>
4.3.3	<i>Proč chce klient léky.....</i>	<i>13</i>
4.3.4	<i>Proč klient léky odmítá</i>	<i>13</i>
4.3.5	<i>Placebo efekt.....</i>	<i>15</i>
4.4	VLIV LÉKŮ NA KLIENTA	15
5	FORMY LÉČBY V ČR.....	17
5.1	PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE	17
5.2	SPECIALIZOVANÉ PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE	18
5.3	INTERMEDIÁRNÍ ZAŘÍZENÍ	18
5.4	LŮŽKOVÁ PÉČE	18
6	DPS ONDŘEJOV	18
6.1	HISTORIE	18
6.2	STRUKTURA.....	19
6.3	FINANCOVÁNÍ.....	19
7	TÝM DPS ONDŘEJOV	19
7.1	ÚKOLY TÝMU.....	20
7.2	SUPERVIZE TÝMU.....	20
7.3	NÁPLŇ PRÁCE SP V DPS ONDŘEJOV	21

7.4	VÝCVIKY	22
8	HLAVNÍ SPOLUPRACUJÍCÍ ORGANIZACE.....	22
8.1	DALŠÍ SPOLUPRACUJÍCÍ ORGANIZACE	22
9	CHRÁNĚNÉ A KOMUNITNÍ BYDLENÍ PRO LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	23
10	CHRÁNĚNÁ PRÁCE.....	25
11	KLIENTI DPS ONDŘEJOV	27
	PRAKTICKÁ ČÁST	28
12	POPIS METODIKY A STANOVENÉ HYPOTÉZY	28
13	INTERPRETACE PRAKTICKÉ ČÁSTI – GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ	29
14	SOUHRN PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	45
15	ZÁVĚR	46
16	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	48

1 Úvod

Duše každého člověka, stejně jako člověk samotný jsou naprostým originálem. Nejvíce o sobě a své duši ví každý sám. Životní události, situace očekávané i neočekávané každý absorbujeme, přijímáme a vyrovnáme se s nimi, jak sami umíme, chceme nebo můžeme. Někdy taky nezbyvá na výběr, takže i musíme. To jak s těmito zkušenostmi zacházíme se neomylně zapisuje do nás samotných „do našeho já“. Nebo chceme-li tak do našeho srdce, do duše.

Někdy se však člověk nedokáže nebo nemůže zorientovat s tím, co se v něm odehrává. I navzdory tomu, že z vnějšího pohledu neprožívá nějaké těžké „životní období“.

Jako by se ztratil sám v sobě, a to aniž by to tušil. Pokud se tohle stane a člověk neví, jakým způsobem má dále fungovat, může to být z několika důvodů.

Jedním důvodem může být, že nečekaně dlouho situaci zpracovává a proto dočasně dochází k „otupení“ myšlenkových procesů, nepředstavuje to však pro nás nějaké závažnější nebezpečí, protože se brzy dostaneme zpět do „normálu“.

Dalším důvodem může být to, že přichází něco mnohem závažnějšího, co pro nás může znamenat nepředstavitelné cesty, kterým sami nerozumíme. Může se totiž jednat o onemocnění naší duše, tedy o duševní nemoc nebo o její první a třeba i poslední ataku. Duševní nemoc nám ale může velmi závažným způsobem změnit vše, co jsme doposud byli schopni dělat, jak jsme byli zvyklí jednat, chovat se a celkově žít. Může nám změnit hodnotový žebříček, může zabloumat s našimi potřebami, způsoby komunikace. Může vlastně úplně všechno. Hranice neexistují, vše je možné, neuvěřitelné a bohužel někdy natolik jasné, že to dává smysl jen nám samotným.

Zlomenou nohu nebo nachlazení v podobě angíny – to je na člověku patrné. Lidé nás se sádkou na noze dokonce pustí sednout, praktický lékař napíše antibiotika a neschopenku – je totiž jasné a zcela viditelné, že jsme nemocní. Ale v případě onemocnění duše nemusíme vůbec nemocně vypadat, začínáme být „ne-mocní“ sami nad sebou i nad vším, co se v nás odehrává. Ostatním se můžeme jevit naprosto zdraví. O to větší můžeme zažít nepochopení. Nedokážu si představit jediného člověka, který aniž by měl nějakou svou vlastní nebo přenesenou zkušenost s psychiatrickým onemocněním, by byl schopen jednat a orientovat se s nově přicházejícími symptomy. Nebude se schopen orientovat už jen proto, že pokud zažívá několik nových situací prvně a najednou, tak nemá s čím

srovnávat. A tudíž se zorientuje v nové situaci, jak nejlépe bude umět bez předchozích zkušeností.

Zaměření mojí práce na DPS Ondřejov spolu s názory odborné a laické veřejnosti, jsem si vybrala z důvodu, že je to zařízení poskytující pomoc duševně nemocným lidem a názory, které jsem selektovala, jsou důležitým vodítkem pohledu čtyř skupin lidí na duševní onemocnění.

Měla jsem k tomu částečně i osobní důvody, jelikož jsem v rodině měla člověka, který prošel psychiatrickou zkušeností. Jeho život skončil tragickým činem, který není dosud zcela vysvětlen. Dále moje velmi blízká kamarádka se celkem dlouho potýkala s psychickými obtížemi a její příběh mne velice zaujal. Jedním z dalších důvodů je to, že o psychiatrii jsem se velmi dlouho zajímala již před absolvováním svojí praxe.

Hlavním cíle mojí práce jsou:

- Popsat hlavní charakteristiku duševních onemocnění z pohledu sociální práce
- Popsat význam a funkci DPS Ondřejov jako intermediárně fungující organizace

Za další cíl v praktické části jsem si zvolila:

- Na základě dotazníku interpretace názorů, jak se na duševní onemocnění dívají vybrané skupiny lidí

Svoji práci dělím na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se zaměřuji na popis a funkčnost DPS Ondřejov. Zachycuji duševní onemocnění, především schizofrenii, jelikož cílová skupina klientů DPS Ondřejov, jsou lidé, kteří mají za sebou 1 - 3 ataky schizofrenní či schizoafektivní psychózy. Soustředím se na to, jak lze vymezit psychiatrického klienta a v souvislosti s ním i přibližuji význam a souvislost medikace a klienta. Dále zachycuji týmovou práci v tomto typu zařízení a náplň sociálního pracovníka, který zde působí a je velmi úzce propojen s klienty v chráněném bydlení, protože zajišťuje konkrétně jejich postupné krůčky k možné seberealizaci, či další resocializaci v prostředí, ve kterém se v souvislosti s chráněným bydlením, nově nachází.

V praktické části jsem se zaměřila na zpracování dat z dotazníku, který jsem distribuovala čtyřem skupinám lidí, kteří se jak v běžném životě, tak i v tomto dotazníku vzájemně prolínají a působí na sebe. Jsou to odborníci pečující o lidi s duševním onemocněním, studenti pomáhajících profesí, veřejnost a lidé ze sdružení Sympathea a Ondřej.

Vzhledem k mému předchozímu studiu na VOŠ EA jsem absolvovala dlouhodobou praxi v DPS Ondřejov.

Svou Absolventskou praxi jsem započala s klienty v DPS Ondřejov, dále pak v chráněném bytě vedeném pod DPS Ondřejov. Pracoviště pro výkon praxe bylo DPS Ondřejov, nejvíce jsem však navštěvovala klienty a pracovala s nimi v chráněném bytě v Praze – Nuslích. Do chráněného bytu jsem za klienty docházela a naplňovala s nimi konkrétní body individuálního plánu, které byly potřeba v danou chvíli s klienty posilovat, rozvíjet a dále na nich pracovat. Individuální plán s klienty jsem vytvořila dle jejich potřeb, přání a budoucímu směřování. O tom, co by bylo přínosné pro jednotlivé klienty jsem jednala se svoji konzultantkou praxe. Nejen moje absolvovaná praxe v DPS Ondřejov mě vedla k tomu, že jsem se zaměřila na otázky, které rozvádím v praktické části, jsou to předpoklady, které jsem se rozhodla vyzdvihnout a odpovědět na ně prostřednictvím dotazníku.

Hypotéza č. 1: Každý člověk se ve svém životě minimálně jednou setká s osobou, která prošla duševním onemocněním.

Hypotéza č. 2: Názor, že převažující počet respondentů si nedokáže představit, duševně nemocného člověka jako svého celoživotního partnera.

Hypotéza č. 3: Duševní nemoc lze zmírnit či potlačit změnou životního stylu.

Hypotéza č. 4: Názor, že duševně nemocní by se neměli léčit v izolovaných institucích.

Hypotéza č. 5: Názor, že duševně nemocného člověka by si většina lidí nedokázala představit jako svého spolupracovníka.

TEORETICKÁ ČÁST

2 DPS Ondřejov

Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov je ambulantní zdravotnické zařízení, které nabízí komplexní psychiatrickou, psychologickou a psychoterapeutickou péči. Toto sanatorium má mnoholetou tradici. „*Primářem centra je MUDr. Martin Jarolímek. Specializuje se zejména na léčbu schizofrenie a psychotických poruch, dále pak nabízí léčbu závislostí na alkoholu. Pacienti zde dostanou individuální péči, nabízí také dle potřeby skupinovou psychoterapii, psychodiagnostiku, rehabilitační cvičení, intenzivní terapeutické programy, pobytové akce.*“¹

3 Přehled duševních nemocí dle MKCH

Krize a duševní nemoc, obhajoba užívání tohoto pojmu nemoci v psychiatrické péči souvisí s objektivními i subjektivními pocity a průběhem toho, co klient pociťuje.

„Nevím, co se to se mnou děje. Všechno se změnilo, jako bych se nepoznával. Ať se snažím, jak jen můžu, je to k ničemu“. Nemoc se odehrává v různých dimenzích. Postižení pociťují subjektivně jakousi změnu, jejich vnímání je zúženo, jsou úzkostní a kvůli svým potížím mohou pracovat jen s velkou námahou nebo vůbec ne.

„*Na profesionální úrovni určují nemoc na základě předem určených kritérií a klasifikačních systémů kompetentní odborníci. Nemoci je možnost dát jméno, např. deprese (Wiesack, 1995). Pojmenování nemoci může mít nevýhody: stigmatizaci s následnou izolací, monokauzální nosologické koncepty, zaměření na nemoc místo na možné vnitřní zdroje (Blankenburg, 1989).*

Užívání pojmu nemocí však přináší i mnohé výhody: role pacienta a pomáhajícího jsou jasně definovány, s pomocí vědeckých poznatků je možné nemoc lépe vysvětlit a porozumět jí, procesy vzniku nemoci a uzdravení se stávají transparentnější.

Nemoci je možné rozumět jako „stavu nerovnováhy, na jehož uvedení do původního stavu nestačí vlastní zdroje (adaptační a překonávající mechanismy, změna dané situace) (Frischenschlager, 1995). O. Frischenschlager shrnul tímto popisem psychické a tělesné,

¹URL: <http://www.ondrejov.cz/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1> [26.10.2012].

akutní a chronické nemoci. Poukazuje na to, že terapeutický postup představuje „zásah do autoregulační sféry individua“.

Odborníci, kteří jsou kompetentní pro určitou nemoc, disponují na jedné straně možností nemoc určovat, navrhnout pacientovi způsob ošetření a s jeho pomocí jej provádět; na druhé straně může být jejich péče úspěšná pouze tehdy, když se podaří s jistou dávkou skromnosti dbát na „autoregulační sféru individua“, ocenit ji a také získat pacienta k aktivní spolupráci. V průběhu tohoto procesu přispívá pojem nemoci ke zvěcnění. Neměl by být užíván ve smyslu sociokulturního hodnotového soudu, ale ve smyslu popisu postižení, omezení určité schopnosti, určitého „nemoci jinak“ (Blankenburg, 1989)

V průběhu nemoci, v procesu uzdravování ve vedle pozorování fenoménů nemoci klade stále více důraz na to, čeho je pacient zase schopen. A také na to, co může přispět k tomu, aby si osvojil nové schopnosti (zaměření na vlastní zdroje).“²

Mezinárodní klasifikace chorob (MKCH) třídí jednotlivé choroby do standardně vymezených variant chorob s cílem jejich souborného statistického zpracování.

Duševní poruchy – uvnitř jednotlivých skupin této třídy se tvoří nejčastěji podle etiologického hlediska, ale i podle charakteru choroby, popřípadě podle lokalizace.

MKCH je víceúčelovou klasifikací a proto nemůže vyjadřovat všechny požadavky.

- „F0 – psychické poruchy organické, včetně symptomatických
- F1 – psychické poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F2 - schizofrenie, schizotypové stavy a poruchy s bludným obsahem
- F3 - poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F4 - poruchy neurotické, poruchy vznikající ve vztahu ke stresu a somatoformní poruchy
- F5 - fyziologické dysfunkce spojené s psychickými nebo behaviorálními faktory
- F6 - abnormality dospělé osobnosti a poruch a poruchy chování
- F7 - mentální retardace
- F8 - vývojové poruchy
- F9 - poruchy emocí a chování, které začínají v dětství nebo adolescenci“

² Wiesack, In Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 13

Na základě převažující psychopatologie se schizofrenní poruchy dělí na několik klinických forem:

- *F20 – schizofrenie*
- *F20.0 – paranoidní schizofrenie*
- *F20.1 – Hebefrenní schizofrenie*
- *F20.2 – Katatonní schizofrenie*
- *F20.3 – Nediferencovaná schizofrenie*
- *F20.5 – Reziduální schizofrenie*
- *F20.6 – Simplexní schizofrenie*
- *F20.4 – je vyčleněna pro postpsychotickou depresi“³*

3.1 Psychózy

Psychóza je závažný duševní stav, který lze definovat jako neschopnost chovat se a jednat v souladu s okolnostmi. Je to vlastně disociace mezi vnímáním, chováním a prožíváním. Mění se stav nemocného k realitě. Psychózy jsou duševní poruchy s takovým poškozením duševních funkcí, které vážně narušují vědomí, kontakt s realitou a možnost vyrovnat se s životními potřebami. Psychotik nemá náhled na svůj stav, svou osobnost. Nedokáže posoudit rozdíl mezi sebou a realitou. Žije ve svém uzavřeném světě. Neuvědomuje si svou odlišnost od ostatních lidí.

„Dělení psychóz podle původu:

- *endogenní – vznikají z vnitřních příčin (obdobně jako u schizofrenie), u některých se předpokládá metabolický původ, např. maniodepresivní psychóza, laktační psychóza, smíšená psychóza, příčiny jiných jsou ale nejasné*
- *exogenní – reaktivní, způsobené faktory zevního prostředí, masivní psychotraumatizací, deprese – vznikají zpravidla u předem indisponovaných jedinců*
- *organické – způsobené poškozením mozkové tkáně (arterioskleróza)*
- *somatogenní – vznikající na podkladu jiných tělesných poruch (hořečnaté delirium)*
- *toxické – způsobené chemickými látkami, ovlivňující psychik*

³ Svoboda (ed.) a kolektiv, 2006, s. 184

Druhy psychóz:

- F20 Schizofrenie
- F21 Schizotypní porucha
- F22 Trvalé duševní poruchy s bludy
- F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy
- F24 Indukovaná porucha s bludy
- F25 Schizoafektivní poruchy
- F28 Jiné neorganické psychotické poruchy
- F29 Nespecifická neorganická psychóza“⁴

3.2 Schizofrenie

Pokusím se stručně popsat tento pojem.

Duševní nemoc zvaná schizofrenie patří do většího šuplíku duševních nemocí, které nazýváme psychózy (vedle schizofrenie sem dále patří maniodepresivní psychóza atd.). Slovo schizofrenie znamená řecky „rozštěpení duše“. Tento termín vznikl počátkem století na základě mylné představy, že typickým projevem schizofrenie je rozdvojení osobnosti. Ačkoliv tato představa byla již dávno opuštěna, název se používá dál.“⁵

Je nutné říci, že názory odborníků o vzniku schizofrenie se různí. Není zcela jisté, proč vzniká, a že se nedá jasně definovat její průběh, protože u každého jedince se může, ale i nemusí, projevovat převahou jiných doprovodných znaků této nemoci. Některé znaky tohoto onemocnění se však nemusejí projevit vůbec a jiné mohou převládat.

Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí. Zásadní je porucha myšlení a vnímání, oploštěná nebo neadekvátní emotivita a narušené chování a jednání. „Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění. V odborné terminologii je psychóza charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality. Tomu do určité míry odpovídá představa laiků – postižený je přesvědčen o bizarnostech, slyší nebo vidí něco, co ostatní ne, a jeho řeč a chování jsou divné a nepochopitelné. Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění.“⁶

⁴ Svoboda (ed.) a kolektiv, 2006, s. 183

⁵ Jarolímek, 1996, s. 3

⁶ Svoboda (ed.) a kolektiv, 2006, s. 182

3.2.1 Epidemiologie

Celoživotní prevalence schizofrenie se pohybuje kolem 1 %. Incidence je stejná u obou pohlaví, tj. 2-4 případy na 10 000 ročně. Výskyt zůstává v průběhu času neměnný a s určitými menšími výjimkami je na celém světě stejný. Byla popsána variabilita v prevalenci a incidenci schizofrenie v různých geografických oblastech a různých kulturních podmínkách. Pokud však byla použita přísnější kritéria, variabilita se snížila.

U mužů je začátek nejčastější v pozdní adolescenci, u žen začíná v průměru o několik roků později (nejčastěji mezi 25. a 35. rokem, u mužů mezi 15. a 25. rokem). Ženy mají také mírnější formu onemocnění, benignější průběh, lépe reagují na léčbu, jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují než muži. Za toto zřejmě vděčí vlivu estrogenů na dopaminergní systém.

Schizofrenní porucha je diagnostikována zhruba u 25 % psychiatrických hospitalizací a 50 % přijetí do psychiatrických zařízení za rok. Onemocnění má většinou chronický průběh a často vede k trvalé invaliditě. Celosvětově spadá do deseti nejvýznamnějších příčin úplné invalidity.

Výskyt ostatních poruch je nižší, vyskytují se méně často než schizofrenní poruchy.

3.2.2 Etiopatogeneze

V současné době se domníváme, že jedinec, který onemocní schizofrenií, má specifickou biologickou náchylnost pro tuto poruchu (zranitelnost), která vlivem zátěže vyústí v manifestaci schizofrenních příznaků. Nejčastěji k tomu dochází v období puberty, která sama o sobě představuje rizikové období, charakterizované bouřlivými změnami organismu. „*Náchylnost pro schizofrenní poruchu může být vrozená nebo získaná v časném vývojovém období jedince. Svědčí pro to genetické údaje a zjištění, že častěji se vyskytuje schizofrenní porucha u jedinců s porodními komplikacemi nebo u jedinců, jejichž matka prodělala v těhotenství virové onemocnění. Zátěž (stres) může být různého rázu od biologického až po psychosociální. Předpokládá se, že zevní faktory, se připojují ke genetickým a jsou s nimi ve vzájemné interakci, což pak může vyústit v rozvoj klinicky manifestní psychotické poruchy.*“⁷

Je mnoho studií, které uvádějí, jak moc se podepisuje na vliv onemocnění dědičnost nebo jaké genetické faktory ovlivňují vznik onemocnění.

⁷ Svoboda (ed.) a kolektiv, 2006, s. 182 - 183

„Genetické studie rodin, dvojčat a studie s adoptivními jedinci ukázaly, že genetické faktory hrají u schizofrenní poruchy významnou roli. Dědičnost nesleduje mendelovský přenos dědičnosti, dnes je spíše akceptovatelný polygenetický multifaktoriální model.

U schizofrenie nacházíme řadu strukturálních a do určité míry odpovídajících funkčních abnormit. Je zde zjištěno i více či méně konzistentně narušení různých neurotransmiterových systémů. Nejvíce zkoumaný neurotransmitter nejen z hlediska etiopatogenetických mechanismů, ale také z hlediska léčebných možností je dopamin.“⁸

„Genetické dispozice ke vzniku schizofrenie a jejich procentuální hodnoty:

- *Pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií - riziko pro děti je 13%*
- *Pokud schizofrenií trpí oba rodiče - riziko pro děti je 24%*
- *Riziko pro sourozence schizofrenika - 7%*
- *Riziko pro vzdálenější příbuzné (bratrance, vnuky apod.) - pod 3%*
- *Riziko pro sourozence jednovaječného dvojčete - 48%*
- *Riziko pro sourozence dvojvaječného dvojčete - 17%*

Na vzniku schizofrenie se spolupodílí vliv dědičnosti a prostředí.

Rizikové faktory:

- *Podvýživa matky v prvním trimestru*
- *Chřipkové onemocnění matky ve druhém trimestru*
- *Nízká porodní hmotnost*
- *Porodní komplikace*
- *Narození na jaře a na podzim (nižší teplota, skladba stravy apod.)*
- *Rodinné vztahy a komunikace v rodině“⁹*

3.2.3 Kognitivní dysfunkce

„Je považována za jádrový příznak, který je přítomný před manifestací psychózy, a za hlavní příčinu po odeznění pozitivních příznaků. Je spojena s negativními příznaky a určitými regionálními, strukturálními a funkčními abnormitami CNS.

Kognitivní dysfunkce spočívá v narušení poznávacích schopností. Skládá se z řady jednotlivých komponent, které lze měřit. U schizofrenie bývá nejvíce postižena paměť včetně pracovní paměti (schopnost uchovat informace „on line“ a použít je pro zpracování) a exekutivní funkce (schopnost iniciovat, plánovat a řešit úkoly), dále

⁸ Svoboda (ed.) a kolektiv, 2006, s. 18

⁹ URL: <<http://mujweb.cz/www/schizofrenie/index.htm>> [18.9.2013].

pozornost jako komplexní komponenta ovlivňující ostatní psychické funkce. Paměťová funkce vykazují širokou škálu postižení, úzce souvisí s učením; narušeno je hlavně verbální učení.“¹⁰

3.2.4 Nejvýznamnější jednotlivé formy schizofrenie

- **Paranoidní forma schizofrenie**

„Je nejběžnějším typem schizofrenie, relativně snadno diagnostikovatelným. V klinickém obraze dominují bludy (relativně stálé, nejčastěji paranoidní), provázené halucinacemi, nejčastěji sluchovými – hlasy, které pacientovi hrozí nebo dávají příkazy.

- **Hebefrenická forma schizofrenie**

Začíná nejčastěji v dospívání a časně dospělosti. Karikuje pubertální projevy, charakteristické je nepřiléhavé chování (chování je nezodpovědné a nepředvídatelné, časté bývá manýrování) a emoce, inkohrentní verbální projev. Americká klasifikace nazývá tuto formu dezorganizovanou. Bludy a halucinace, pokud jsou přítomny, jsou proměnlivé a fragmentární, nejsou dominantními projevy.

- **Katatonická forma schizofrenie**

V popředí jsou poruchy motoriky. Mohou být ve smyslu zvýšené až bezcílné motorické aktivity, grimasování, manýrování (produktivní forma) nebo naopak ve smyslu stupou (neproduktivní forma). Časté bývají stereotypie ve verbálním projevu a chování, může být přítomna vosková ohebnost, nástavy.

- **Nediferencovaná forma schizofrenie**

Neodpovídá žádnému z výše uvedených typů, což vystihuje již název. Zahrnuje symptomatologii více forem více forem a nelze rozhodnout, která je v popředí.

- **Reziduální forma schizofrenie**

Prezentuje chronický stav přetrvávající po odeznění a deaktualizaci akutních příznaků schizofrenní ataky. Projevuje se podivínstvím, zanedbáváním sebe i okolí.

¹⁰ Svoboda (ed.) a kolektiv, 2006, s. 184

- **Simplexní forma schizofrenie**

Je charakterizovaná „postupným stažením, redukcí volní složky, oploštěním emotivity.“¹¹

4 Psychiatrický klient

Kdo je vlastně klient/pacient?

V profesionálním scénáři vystupuje adept péče v tom nejlepším případě jako osoba naivní a neinformovaná. V horším případě je lstivým protihráčem, který předstírá, disimuluje a používá celou škálu vědomých i nevědomých obran, které v kontaktu s psychiatrem pochopitelně zesilují, čím více se psychiatr blíží k tajemství klienta. Od těchto zřejmých stylizací se odvíjí profesionální scénář hry, jehož podstatou je psychiatrovo přesvědčení, že „pravda leží hlouběji“.¹²

4.1 Komunikace s klientem

Klient svoji nemocnou duši může často zahalovat do nečitelného závoje, který není až tak potrhaný (jak si všichni ti až příliš starostliví lidé v jeho okolí myslí), ale střeží jím někdy svá tajemství, která mnohdy komplikují rychlejší a efektivnější uzdravovací proces.

„Pro vypátrání tajných či podezřelých okolností klientova života proto ti druzí využívají celou škálu klinických metod. Jejich aplikace vyžaduje dokonalou scénu profesionální péče spojené s pečlivým a neutuchajícím osaháváním klientova nitra. Jen nezkušenému z nich se může přihodit, že podlehne spontánní účasti a odhalí svoje opravdové postoje. Klient pak přejde do střežení a zakuklí se do své obvyklé sociální role. Podstatou hry na psychiatrii ale je, aby personál chránil vlastní masky a usiloval o stržení masky pacienta. Za ideál je možno považovat stav, kdy jejich profesní role přirozeně splynou s definicí situace a původně falešné self se stane samozřejmostí.“¹³

4.2 Psychiatrie jako „opravna lidských duší“

„Nedospělá společnost si ráda představuje zdravotnictví jako „laskavou matku“ nebo „všemohoucího otce“. V přístupu k péči převládá „servisní model“ s představou, že „havarovaný člověk“ bude prohlédnut, diagnostikován, vyspraven, vyzkoušen a předán

¹¹ Svoboda (ed.) a kolektiv, 2006, s. 186

¹² Styx, 2003, s. 6

¹³ Styx, 2003, s. 6

zpět do života, kde se lze opět vzájemně devastovat ad libitum. Skromně můžeme přiznat, že vystupování mnohých zdravotníků takové představy zdatně podporuje. Maxwell Jones, velmi významný sociální psychiatr, prohlásil, že „vysoce potřebnou a vědeckou metodu, k níž by mohl zdravotník na psychiatrii dospět, by bylo, kdyby dokázal rozumět tomu, co se na oddělení vlastně děje“. Velkou bídou současné psychiatrie u nás je fakt, že stále existuje velký rozdíl mezi tím, co si myslíme, že děláme, a mezi tím, co děláme doopravdy. Nedoufám, že existuje jiné východisko, než aby se zdravotníci, nemocní a nakonec i společnost vzdala nadbytečných iluzí o servisních možnostech dnes již celého spektra psychiatrických zařízení a našla už téměř ztracenou důvěru v sebe i ve své vlastní schopnosti čelit složitosti sociálního života.“¹⁴

4.3 Klienti a léky

Otázky, které byly nastíněny v předchozí kapitole a přijímání léku nemocnými jsou ve velmi úzké souvislosti. Je zřejmé, že rozdílný pohled zdravotníků a nemocného na potíže, určité nejasnosti v otázce podřízenosti nemocného názorům zdravotníků, ovlivňují zásadním způsobem ochotu nemocného užívat psychofarmaka. *„Jejich pravidelné užívání je druhým závažným krokem v převzetí „role duševně nemocného. Krokem překonávajícím svoji závažnost i zmíněný „nemocniční plášť“.“¹⁵*

4.3.1 Předpis o podání léku

„Není pochyb o tom, že řada lidí, zvláště bez aktuálních potíží, klade rovnítko mezi skutečností „beru léky = jsem tedy nemocen“ a „neberu je = jsem zdrav““. Věc má ještě další důležité souvislosti. Lék je nezřídka podáván z bezradnosti nad složitostí situace. Symbolická medikace je nabízena i lidem v sociální nebo citové nouzi jako je rozvod nebo ztráta blízké osoby. Je účelné, aby (při zřejmé absenci neadekvátních reakcí) postižený obdržel signál, že reakce na životní katastrofu je vlastně nemoc, která má medicínské řešení?“¹⁶

4.3.2 Magický účinek léku

Medikace léků a jejich důvěra v ně, má u některých lidí podobný efekt jako důvěra v blízkého člověka, který někdy, když je potřeba, pomůže a podpoří svojí přítomností. A

¹⁴ Styx, 2003, s. 10 a 11

¹⁵ Styx, 2003, s. 65

¹⁶ Styx, 2003, s. 68

to i v případě, že by to mohlo být jen na chvíli. Proto se domnívám, že účinek léků je někdy v očích člověka, který potřebuje pomoci ve své nemoci, sice vzdáleným, ale rovněž srovnatelným přirovnáním k onomu blízkému člověku, kterému důvěřujeme. Zde se nabízí i několik dalších otázek.

„Důležitou otázkou, na kterou je nutno odpovědět při řešení compliance, je porozumět tomu, proč nemocný léky vlastně užívá. Hlavním motivem jsou bezesporu potíže, symptomy, které vyvolávají v člověku pocity ohrožení. Hovořili jsme již o tom, že chápání nemocného je často odlišné, odmítá svoje jednání považovat za symptom. Co ho tedy může motivovat k užívání léku?“¹⁷

4.3.3 Proč chce klient léky

I v běžné medicíně je řada závažných onemocnění, která nejsou provázena bolestí anebo neúnosnými potížemi. Léky lidé neberou jen proto, že by odstraňovaly bolest. Někdy léky mohou pro klienta značit podporu, „berličku“, která ho v určitém životním období, v období nemoci, doprovází jako podpůrný prostředek.

„Co bezesporu víme je, že v nemoci je vztah nemocného ke zdravotníkovi motivován potřebou citové podpory a závislosti. A v přijímání léku je hodně magického. Mimo jiné je jeho užíváním nemocný ve stálém a symbolickém spojení s lékařem, podobně jako s matkou, když se v dětství cítil ohrožen. Lék, to je lékař v kapse. Vztah nemocného a léku si můžeme přiblížit, pokud si uvědomíme, s jakou vírou a nadějemi přijímají celé generace v kostelích „tělo páně“, symbolizované oplatkou.“¹⁸

4.3.4 Proč klient léky odmítá

„Je velmi pravděpodobné, že podobné mechanismy se uplatňují i v opačném případě – při odmítání léků a špatné complianci. Jsou to zejména psychotičtí nemocní, kteří cítí lékaře jako „tvrdého otce“ nebo sestru jako „chladnou, neakceptující matku“. Schizofrenní nemocní s ambivalentními vztahy k rodičům odmítají léky velmi často. Deklarují tak svoji nezávislost na „rodičovské podpoře“. Potvrzují to výzkumy v obou směrech. Při citlivém psychoterapeutickém vedení je noncompliance poměrně vzácná. Naopak tam, kde jsou vztahy mezi nemocnými a zdravotníky zatíženy nedůvěrou, compliance se zhoršuje až o 40%.“¹⁹

¹⁷ Styx, 2003, s. 68

¹⁸ Styx, 2003, s. 68

¹⁹ Styx, 2003, s. 69

Osobně se domnívám, že odmítání medikace nemusí u klienta značit ihned revoltu či odmítavý postoj k léčbě nebo lékaři. Je možné to považovat za experiment klienta vůči sobě a přítomnosti vlastních myšlenek a postojů, které jak víme, jsou u každého člověka, ať zdravého či nemocného, jiné a liší se zcela přirozeně. Je samozřejmé, že se najde mnoho lidí s podobnými názory. U tak citlivé kombinace, kterou je duševní onemocnění v souvislosti s odmítáním léků, však může nepřijetí léků značit hned několik situací. Je možné, že klient nechce přijmout skutečnost, že je opravdu duševně nemocen. Vzhledem ke stigmatizaci dnešní společnosti ohledně duševních nemocí a tomu, že třeba svoji nemoc prožívá jako nečekané zlo, co vstoupilo do jeho života, aniž by se o to nějak zasloužil, si klient může vytvořit obraz, ve kterém tvrdě svoji nemoc odmítá. Tudíž je celkem přirozenou a očekávanou reakcí, že nebude chtít (alespoň ze začátku), přistoupit na jeden z možných způsobů řešení. Dokud klient opravdu neuvěří tomu, že je třeba se léčit, tak i když léky brát bude, nedomnívám se, že efekt z hlediska zlepšování zdravotního stavu se projeví stejně rychle, jako kdyby svoji nemoc přijal a chtěl ji vědomě nechat zahojit stejně jako virové onemocnění či například zlomenou ruku. Uvedu naprosto triviální příklad se zlomenou rukou. Způsobila jsem si úraz, zlomila jsem si ruku, vím, že mě něco bolí, tuším, že něco není v pořádku, ale neudělám nic proto, abych si buď pomohla sama v případě, že to umím nebo v případě, že to neumím, vyhledala odbornou pomoc. Stejně tak je na tom duše. Pokud budu ignorovat její vnitřní zranění a neakceptuji ho (v případě, že ho rozpoznám), dá se předpokládat, že pokud se duše vůbec hojit začne, tak stejně jako zlomená kost, sroste křivě a to přinese další bolesti a mnohem delší dobu léčení, která na sebe přes sílíci bolesti nenechá dlouho čekat.

Nebo obdobně jako klient, který něco cíleně či necíleně a i nevědomě zkouší, dám přednost experimentu: je možné, že jsem velmi šikovná a ruku si zasádroji sama a ona se krásně uzdraví, bude to buď velká náhoda, nebo štěstí, že se mi to vůbec povedlo, třeba z důvodu, že to byla „dobrá“ zlomenina a nebylo potřeba ji rovnat. Nebo je možnost, že jsem si kost za obrovského utrpení a bez tisících prostředků, srovnávala sama i zasádřovala, i potřebnou dobu čekala na uzdravení. Také je možné, že vyhledám lékaře, zlomeninu si nechám srovnat za pomoci tisících prostředků, nechám ji zasádřovat a pak mě u lékaře už nikdo neuvidí, na kontrolu nedorazím, a v horším případě si sádru sundám dříve, než zlomenina srostla anebo ji nechám zcela zahojit.

Každý z těchto příkladů přinese určitý vývoj a důsledek. Třeba i pozitivní, může ale přinést i „zmrzačení“. Stejně je to u zraněné a nemocné duše. Člověk je experimentátor, někdy jedná ze získaných zkušeností, jindy je k dispozici nemá. Domnívám se proto, že

stejně jako zlomenou ruku si může uzdravit sám, tak stejně tak může vyléčit i svoji duši, může se mu to povést, ale také nemusí. To, že člověk nevyužije pomoci k uzdravení v podobě tisících prostředků (na tomto příkladě jsou to léky), nemusí to jasně znamenat, že se neuzdraví, či že se uzdravit nechce a revoltuje. Jen na to společnost není zvyklá a nebývá to obvyklé. Ale vzpomeňme v tomto případě na obrovskou sílu lidského ducha. Jsou známé případy lidí, kteří se vyléčí i z naprosto hrůzných nemocí, nemají od odborníků skoro žádná procenta na zlepšení jejich zdravotního stavu, ale přesto se „něco stane“ a lidé se uzdraví a uzdravují se, stává se to (třeba ne tak často), ale vedle smutných příběhů se odehrávají i ty veselé. A to i v případě tak závažného typu onemocnění, kterým může být schizofrenie. Někdy z nepochopitelných příčin a také bez objevů bůhví jak účinných léků. Zde záleží na dispozicích celé osobnosti. Nedávala bych prostor pouze pro názory, že nepřijímání léků klientem je pouze revolta nebo chybná práce lékaře či pochybení pacienta. Co když je možné to vysvětlit pouze chutí experimentovat. Dle mého názoru, pokud má duševně nemocný člověk chuť a ještě sílu na experimentování, není ztracen. Může to být naopak.

4.3.5 Placebo efekt

Známý badatel Luis Thomas hodnotí velmi přísně dějiny medicíny jako dějiny placebo-efektu. Pokud jsme však z předešlého pochopili mnohostrannost interakce nemocného a léku, není třeba příliš vysvětlovat účinnost placeba.

„Kliničtí badatelé uvádí ve svých studiích vymizení i krutých pooperačních bolestí po podání placeba namísto morfinu. Placebo snižuje výrazně bolest u 35 % postižených nemocných. Vezmeme-li v úvahu, že morfin tiší bolest zhruba 75 % nemocných, máme potvrzeno, že téměř polovina účinnosti této látky spočívá v jejím působení jako placeba.“²⁰

4.4 Vliv léků na klienta

„Při léčbě schizofrenie přicházejí z psychofarmak především v úvahu neuroleptika, dále pak hypnotika (na navození spánku, např. Rohypnol či Nitrazepam) a tzv. antiparkinsonika (odstraňující vedlejší účinky neuroleptik, např. Akineton, Deparkin) Neuroleptika jsou lék snižující účinek chemické látky dopamin v mozku. Existují jich zhruba dvě desítky a mezi nejčastěji používané patří Thioridazin, Tisercin, Perfenazin,

²⁰ Styx, 2003, s. 65 a 67

Haloperidol, Chlorprothixen...). K objevu prvního z těchto léků – Chlorpromazinu – došlo před 40 lety a tento objev znamenal velký převrat v dějinách psychiatrie. Do té doby byli lidé s psychózou odsouzeni ve většině případů k trvalému pobytu v psychiatrických léčebnách. Teprve od objevu neuroleptik je možno uvažovat o vyléčení schizofrenie a o možnosti návratu nemocného do normálního života.²¹

Všechna neuroleptika mají stejné hlavní účinky. Vedou ke zklidnění nemocného a k úpravě spánku. Myšlení dotyčného se postupně upravuje, nemocný začíná být schopen se lépe soustředit a lépe si uspořádat myšlenky. Bludy a halucinace zpočátku pod vlivem léků ztrácejí svou naléhavost a začínají být nemocnému lhostejné. Posléze většinou zcela zmizí. Neuroleptika se nepodávají pouze k odstranění akutních schizofrenních příznaků, ale v nižších dávkách je nemocní musí brát delší dobu i poté, co jsou již zcela bez těchto příznaků. Mají totiž nejenom léčebný, ale i preventivní účinek, to znamená, že zabraňují vzniku nové schizofrenní epizody. „V řadě výzkumných studií bylo prokázáno, že neuroleptika snižují riziko vzniku nové schizofrenní epizody, až o 40 %! Ovšem fakt, že téměř třetina nemocných se jejich obtíže do 12 měsíců vrátí přesto, že léky užívají pravidelně, ukazuje na to, že pouhé brání léku ke spolehlivému zvládnutí psychózy nedostačuje. Jedním ze způsobů, jak zajistit aby nemocný měl v sobě stále dostatečné množství léku, je injekční podávání dlouhodobě účinných neuroleptik. U nás se nejčastěji užívá Meflopin, Meritem, Fluanxol, Imap. Účinná látka je v těchto injekcích rozpuštěna v oleji a pozvolna se uvolňuje do těla, takže stačí, když nemocný dostane 1 ampulku 1x za 3 až 5 týdnů.

Neuroleptika mohou vyvolávat vedle svých hlavních léčebných účinků i vedlejší nežádoucí účinky. Jsou vyvolány tím, že působí v mozku i na jiných místech než na těch, jejichž porucha vede ke vzniku psychózy²².

I přesto, že tyto vedlejší příznaky mohou být dosti nepříjemné, nejsou jakkoliv nebezpečné. Nejčastěji se vyskytují na počátku léčby, než si na ně organismus zvykne. Postupně tedy mizí, a kromě toho máme k dispozici jiné léky, které případné přetrvávající vedlejší účinky dovedou odstranit.

Mezi nejčastější vedlejší účinky neuroleptik patří:

- zvýšená spavost
- závratě
- ztuhlost a třes rukou

²¹ Jarolímek, 1996, s. 17

²² Jarolímek, 1996, s. 17

- vnitřní neklid nutící k popocházení
- sucho v ústech
- svalové křeče, nejčastěji očních svalů (tzv. stropky)
- rozostřené vidění
- narušení menstruačního cyklu
- snížení sexuální vzrušivosti a schopnosti erekce

„Ne u každého nemocného se tyto příznaky objeví, každý je totiž velmi specifických individuem, takže i reakce na léky je u různých lidí různá. Někdy je potřeba vystřídat několik neuroleptik, než se podaří najít to pravé, které dotyčnému „opravdu sedne“²³.

Každý člověk je individualitou a stejně tak jako množství léků, které jsou v dnešní době k dispozici je rozdílná reakce na ně u každého člověka.

O psychofarmakách se říká, že otevírají dveře k nemocnému. Těmito dveřmi ale někdo musí vejít. Pokud se tak nestane, dveře se mohou zabouchnout, na dlouho nebo navždy.

Tím, co vejde do těch dveří může být individuální a skupinová psychoterapie.

Toto individuální posléze skupinová psychoterapie tvoří důležitou část terapie schizofrenních psychóz.

Vytyčuje si především dva cíle:

Prvním z nich je, aby pacienti pochopili, že jsou duševně nemocní, aby se v této nemoci dokázali patřičně vyznat, i co se týče případných spouštěčů a signálů opětovné schizofrenní epizody. A tím aby byli schopni svou nemoc ovlivňovat. Protože stále platí, že tím nejdůležitějším článkem terapeutického procesu je pacient sám. Terapeuti mohou být pouze jeho průvodci na této jeho nesnadné cestě k uzdravení, kteří osvětlují cestu.“²⁴

5 Formy léčby v ČR

Léčba klientů s duševními chorobami se provádí v psychiatrických zařízeních, které mají určitou strukturu a poskytují specifický druh léčby a péče o psychiatrického klienta.

5.1 Psychiatrické ambulance

Zde probíhá diagnostika a léčba ambulantní formou nebo návštěvní službou lékaře doma u klienta.

²³ Jarolímek, 1996, s. 17

²⁴ Jarolímek, 1996, s. 17-18

5.2 Specializované psychiatrické ambulance

Ambulance jsou zaměřeny na léčbu určitého konkrétního problému nebo diagnózy- psychiatrická sexuologie, gerontopsychiatrie, pedopsychiatrie, antitoxikologické poradny.

5.3 Intermediární zařízení

Jsou to zařízení, která poskytují péči klientům ve fázi přechodu mezi ambulantní a lůžkovou péčí nebo jsou vhodná pro resocializaci chronických pacientů.

Krizová centra

Denní stacionáře

Chráněné bydlení

Chráněné pracoviště

5.4 Lůžková péče

Psychiatrické léčebny

Psychiatrické kliniky

6 DPS Ondřejov

Je zařízením, které je zaměřeno na klienty s duševním onemocněním, docházejí sem i klienti, kteří se léčí ze závislostí.

Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov je zdravotnické zařízení, které nabízí komplexní psychiatrickou, psychologickou a psychoterapeutickou péči ambulantní formou.

6.1 Historie

„Denní psychoterapeutické sanatorium "Ondřejov" vzniklo v roce 1986 zprvu jako součást tehdejšího OUNZ Prahy 4, od roku 1990 pak již jako samostatné zdravotnické zařízení.

U jeho zrodu stál jeden psychiatr a dva psychologové, nyní zde pracuje 6 psychiatrů, 7 psychologů, 5 zdravotních sester, sociální a rehabilitační pracovnice.“²⁵

²⁵ URL: <http://www.ondrejov.cz/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1> [15.1.2013].

6.2 Struktura

Vedoucím lékařem celého sanatoria je primář a majitel MUDr. Martin Jarolímek (psychiatr) a přímo pod nim jsou 3 odd. (psychotické, odd. krizové, a závislostí) a 2 psychologičky, pracující hodně s neurózami + asistentka a ekonomka.

Oddělení psychóz (následující podtýmy):

- tým psychiatrů
- tým psychologů (mají svého vedoucího)
- sociální pracovníce
- tým zdrav. Sester
- 1 rehabilitační pracovníce

Krizové oddělení

- má svou vedoucí, která přímo podléhá MUDr. Jarolímkovi
- tým tvoří ještě 2 psychiatři, 2 psychologové, sociální pracovníce a sestra (někteří jsou část pracovní doby v Medkově a část Nad Ondřejovem, čímž se prolínají a propojují)

Oddělení závislostí

- vede ho psycholog, kromě něj, mají ještě 1 psychologa, terapeutku a sestru (psychiatra v případě potřeby kontaktují v rámci našeho psychotického odd.)

6.3 Financování

„Téměř veškeré druhy terapie, prováděné v DPS jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami (vyjma OZP). Výjimkou jsou např. psychoedukativní kursy pro rodiče psychotických pacientů, či tzv. rehabilitační pobyty v přírodě, na které si musí pacienti připlácet.“²⁶

7 Tým DPS Ondřejov

Tým DPS Ondřejov funguje jako terapeuticky aktivní skupina.

„Pojem terapeutické společnosti byl nabit společenskokritickými myšlenkami a svázán s tradicí protiautoritářského hnutí. Dnes se význam týmu spatřuje ve vytvoření prostoru vztahů (tým se stává pro klienta korigujícím místem jeho sociální zkušenosti), v němž jsou reflektovány jeho úzkosti ze vztahů a přání komunikace (ROSE 1981). Tým tedy vytváří komunikační prostor, v němž se klient v rámci terapie pohybuje. Uplatňují se přitom

²⁶ URL: <http://www.ondrejov.cz/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1> [15.1.2013].

všeobecné znaky komunikace se svými strukturálními a obsahovými aspekty. Tým umožňuje vzájemné porozumění ve vztahu k realitě (WULFF 1972).

Zavedení myšlenky týmu do psychiatrie umožnilo řadu zlepšení:

- *zavedení demokratických struktur v psychiatrii a s ním spojená proměna rolí jednotlivých profesí podílejících se na psychiatrické péči;*
- *integrace různých profesionálních přístupů, což přispělo k dokonalejšímu vnímání celku;*
- *normalizace vztahů uvnitř terapeutického pole včetně většího respektu k možnostem klienta;*
- *zintenzivnění výměny znalostí a zkušeností;*
- *skutečnost, že tým se může stát pro klienta modelem vlastních sociálních aktivit, pokud v něm převládá otevřenost, rozmanitost vztahů a výměna názorů.“²⁷*

7.1 Úkoly týmu

„Týmová práce v psychiatrii umožňuje zvláštní zpracování problémů klienta. Síti interakcí členů týmu s klienty se inscenují problémy v různých vzorcích, a tím se zvýrazňují jiným způsobem než při jednotlivém kontaktu. Rozdílné role, které členové týmu zaujímají, zvýrazňují zpravidla působení poruchy v sociálním kontextu. Tím je možné zjistit problémy klienta, ale také jeho východiska. Této velké přednosti týmové práce je však možné využít jen tehdy, když členové týmu umějí reflektovat své zkušenosti a s nimi spjaté emoce s klientem a když různé postoje a role jednotlivých členů kolektivu jsou principálně akceptovány.“²⁸

7.2 Supervize týmu

Supervize týmu je velmi důležitým aspektem, který může obohatit a vylepšit fungování týmu. Zde v DPS Ondřejov supervize probíhá zpravidla 1x týdně.

„Při reflexi průběhu práce, zkušenostech s jednotlivými klienty a interakcemi v týmu, může supervize podporovat vývoj týmu a napomáhat ke zlepšení pracovních postupů a zacházení s klienty. Supervize jako externí poradenství pomáhá především tam, kde interní hierarchie a trvání na vnitřní perspektivě blokují nutná a smysluplná rozhodnutí a úkony.“²⁹

²⁷ Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 63

²⁸ Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 64

²⁹ Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 64

„Cíle supervize týmu:

- *zlepšení komunikačních struktur a pracovního klimatu;*
- *posílení schopností zvládat a překonávat psychickou zátěž na pracovišti;*
- *další rozvoj kvality osobní péče o klienty (psychosociální kompetence);*
- *rozšíření kompetence řešit problémy v diagnostickém a terapeutickém procesu;*
- *zvýšení atraktivity pracoviště podporou jeho identity“³⁰*

7.3 Náplň práce SP v DPS Ondřejov

Role SP v DPS Ondřejov se odehrává ve dvou důležitých okruzích.

Jedním z nich je výběr a příjem klienta do chráněného bydlení a vše, co tento výběr provází. Druhým okruhem je sociální poradenství.

SP a její náplň, která se týká chráněného bydlení má za úkol výběr a příjem klienta do konkrétního bytu, vést s klientem motivační pohovory a poskytovat mu veškeré informace o chráněném bydlení v Praze.

Dále vytvořit s klientem Individuální plán. Je třeba zajistit, jak je na tom klient s nákupem potravin, s úklidem, s vařením. Náplň klienta ve volném čase, SP mapuje, co ho baví, co potřebuje (terapie, volnočasové aktivity, práce). Podle individuálních potřeb klienta přemýšlení o jeho budoucím směřování, až skončí jeho pobyt v chráněném bydlení, v jeho podporování pokračovat ve spolupráci se SP, poskytuje podpůrnou terapii.

V druhém okruhu sociálního poradenství SP pomáhá klientovi zajistit informace o tom, kdy má nárok na důchod (invalidní, starobní, vdovský) a kdy má nárok na nemocenské dávky, na dávky státní sociální podpory (hmotná nouze, doplatek na bydlení), a jakým způsobem může tyto nároky na důchod a na dávky uplatnit pro svoji osobu.

SP podporuje klienta při hledání práce na úřadech práce, při hledání chráněné práce, podporovaného či přechodného zaměstnání.

Dále nabízí SP pomoc při řešení dluhů, pomáhá sepisovat splátkové kalendáře, žádosti o prominutí dluhu. Zprostředkovává kontakty na bezplatné právnické poradenství a na občanské poradny.

SP působící zde v DPS Ondřejov má terapeutický výcvik, podílí se tedy i na vedení skupinové psychoterapie a klientům poskytuje individuální psychoterapii. Dalším z programů, na němž se přímo podílí je Podpora klientů ve studiu (záměrem je působit především na klienty, kteří kvůli duševní nemoci přerušili studium a k znovunabytí jejich

³⁰ Wernder, In Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 64

schopností k úspěšnému pokračování ve škole). Skupina „Petra s Martinem“, je skupinou zaměřenou na rodiče a děti (1x za měsíc je skupinové sezení a 2x do roka se koná pobyt).

7.4 Výcviky

V DPS Ondřejov je tým pracovníků, kteří disponují některým z těchto uvedených výcviků.

- výcviky ve skupinové a komunitní psychoterapii (modely SURu, Integra..)
- Gestalt
- PBSP
- KBT
- Rodinná psychoterapie
- Biosyntéza

8 Hlavní spolupracující organizace

„Především se jedná o občanské sdružení Green Doors, které se věnuje pracovní rehabilitaci psychotických pacientů. K tomuto účelu provozuje 3 tréninkové kavárny.

Café na půl cesty

(Centrální park na Pankráci, cca 5 min. chůze od DPS Ondřejov)

Klub v Jelení

(poblíže Pražského Hradu)

Divadelní klub s čajovnou 5. Kolona

(přímo v areálu PL Bohnice).“³¹

8.1 Další spolupracující organizace

Dalším blízkým spolupracovníkem je občanské sdružení Baobab, které se věnuje tzv. volnočasovým aktivitám (různé kurzy, výlety do přírody, jóga...). Toto sdružení sídlí v ul. M. Pujmanové 1219, Praha 4, opět pár minut chůze od DPS Ondřejov. Velkou předností tohoto sdružení je taktéž to, že provozuje hojně navštěvovaný arteterapeutický ateliér.

³¹URL: <http://www.ondrejov.cz/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1> [12.1.2013].

9 Chráněné a komunitní bydlení pro lidi s duševním onemocněním

Lidé s duševním onemocněním mají často velmi omezené možnosti k tomu, aby se sami byli schopni osamostatnit nebo začít žít sami bez cizí pomoci. Je to dáno jejich znevýhodněním, kterou přináší právě duševní onemocnění. Chráněné či komunitní bydlení pomáhá lidem, kteří mají zdravotní potíže a kteří se snaží i s těmito potížemi žít běžný život mezi zdravými lidmi. Je to jeden ze způsobů tzv. sociální rehabilitace, nejedná se pouze o bydlení. Rehabilitační tým pomáhá klientovi během pobytu v komunitním nebo chráněném bydlení v nácviku dovedností, které jsou k samostatnému bydlení potřeba (klienti se učí obstarat domácnost – uklidit, vyprat, vyžehlit, uvařit si). Uskutečnění kroků k chráněnému bydlení může být pro mnoho klientů důležitý přechod mezi bydlením u rodičů a samostatným bydlením.

Chráněné bydlení má pomáhat lidem s duševním onemocněním k soběstačnosti a k naplňování jejich cílů, které si zde v tomto období jejich pobytu stanovili. Konkrétně k tomu v DPS Ondřejov sloužil Individuální plán (viz. přílohy).

Význam chráněného bydlení je pro klienty velmi přínosný. Mohou díky chráněným bytům zvládat nové životní situace, které toto bydlení přináší, za podpory terapeutů a lékařů, zároveň však i rodiny a přátel. Chráněné bydlení je ideální formou k znovunabytí sebedůvěry, kterou možná s přítomností duševního onemocnění na chvíli ztratili.

Komunitní bydlení

větší míra podpory ze strany terapeutů, přítomnost terapeuta v domě je 24 hodin denně

Dům na půl cesty

střední míra podpory, přítomnost terapeuta v domě 6-8 hodin, určeno pro klienty, kteří chtějí bydlet individuálně a nezávisle na rodině nebo na léčebně

Chráněné bydlení

menší míra podpory, schůzky s terapeutem 1-2 týdně, klient bydlí v bytě sám, nebo s dalšími klienty

Podporované bydlení

určeno pro klienty, kteří potřebují podporu ve vlastním bytě, podnájmu či ubytovně.

Zájemci o službu mohou kontaktovat regionální Komunitní týmy Fokusu Praha, které tuto službu poskytují.

Podmínky pro přijetí:

- „věk 18 let a víc
- *finanční zajištění (invalidní důchod, sociální dávky, plat) – klient je zajištěný po finanční stránce (tj. je schopen hradit základní nájemné, stravovat se apod.)*
- *stabilizovaný zdravotní stav a bezproblémové užívání léků podle doporučení lékaře*
- *motivace na sobě „pracovat“, např. spolupráce na přípravě individuálního rehabilitačního plánu a na jeho průběžných revizích*
- *plnění stanovených úkolů – pravidelná úhrada nájemného a dalších výdajů, nácvik vaření, nácvik praní, hospodaření s penězi atd.*
- *bez závislosti na návykových látkách (alkoholu a jiných drogách)*
- *perspektiva dalšího bydlení po ukončení chráněného bydlení (do svého bytu, k rodičům, ubytovna, podnájem)*
- *délka pobytu: cca 12-15 měsíců*
- *až na výjimky, trvalé bydliště v Praze, příp. Středočeském kraji“³²*

Organizace v Praze provozující chráněné bydlení:

V Praze provozují chráněné bydlení následující organizace: FOKUS, BONA, ESET-HELP, BAOBAB A DPS „ONDŘEJOV“.

Více o těchto chráněných bytech, jejich kapacitě a konkrétní informace a lokalitách (viz příloha 1).

Zde zmíním konkrétní Chráněný byt DPS Ondřejov, v němž jsem absolvovala s klienty převážnou část své absolventské praxe.

Lokalita bytu: Praha 4 - Nusle

Kapacita: 2 muži

Cena: 2500,- Kč/ měsíčně, trvalé bydliště klientů – celá Česká republika

smlouva na 6 měsíců s možností prodloužení na 1 rok

Zájemci mohou kontaktovat SP a terapeutku v jedné osobě v DPS Ondřejov či telefonicky a dle posouzení vhodnosti chráněného bydlení pro konkrétního klienta rozhodne společně se sociální pracovnící ošetřující lékař, v jehož péči klient je.

³² URL: <<http://www.esethelp.cz/sluzby/bydleni.html>> [16.1.2014].

„Co se týká chráněných či tréninkových bytů, tak Ondřejov spolupracuje ještě s dalšími sdruženími, které taktéž takovéto byty a domy na půl cesty provozují. Jedná se o Bonu, Eset-Help a Fokus.“³³

10 Chráněná práce

Chráněná práce je určena pro lidi s duševním onemocněním a za svůj cíl si nese podobně jako chráněné bydlení konkrétní cíle a možnosti v čem může klientovi pomoci.

Nabízí klientům možnost postupného vytvoření nebo obnovení souboru vlastností, schopností a dovedností potřebných k úspěšnému uplatnění v chráněných podmínkách a později případně na volném trhu práce. Zajišťují postupně se snižující formu pomoci a podpory. Nejvyšší míru podpory nabízejí Chráněné dílny. Postupně se snižující podporu poskytuje přechodné a nakonec podporované zaměstnávání. Nejnižší míru podpory nabízejí Sociální firmy.

Chráněné dílny

„zajišťují klientům dočasnou pracovní rehabilitaci, která umožní zvládnutí větších pracovních nároků v chráněném zaměstnání. Výrobní program je především zaměřen na rukodělné práce, které klienti dobře zvládají a mohou se v nich postupně zlepšovat. Režim chráněných dílen je upraven tak, aby maximálně zohlednil přístup ke klientům a respektoval jejich zdravotní stav. Dílny jsou vedeny týmem pracovních terapeutů. Podmínkou přijetí na pracovní smlouvu je invalidní důchod“³⁴

Chráněné kavárny

určené především mladým lidem (do 35 let), kteří onemocněli schizofrenií v posledních 3 letech a chtějí se připravit na návrat do školy nebo do běžného zaměstnání. Jedná se o práce na baru v kavárně.

Podporované zaměstnávání

„jeho cílem je nalezení a udržení stálého zaměstnání na otevřeném trhu práce. Program nabízí časově omezenou podporu a pomoc lidem, jejichž schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou podporu pracovního asistenta poskytovanou před i po nástupu do práce. Doba poskytované podpory nutná k nalezení a udržení zaměstnání je časově

³³ URL: <<http://www.ondrejov.cz/o-nas>> [20.11.2013].

³⁴ URL: <<http://www.greendoors.cz/>>[20.11.2013].

omezená. Práce, která se hledá, odpovídá schopnostem a možnostem uživatele programu. Dovednosti, které jsou pro dané pracovní místo požadovány se člověk učí na pracovišti s pomocí pracovního konzultanta.“³⁵

Přechodné zaměstnávání

poskytuje klientům trénink pracovních a sociálních dovedností v nechráněném prostředí. „Po dobu přechodného zaměstnání jsou klienti intenzivně podporováni. Cílem podpory je schopnost klienta uplatnit se na otevřeném trhu práce nebo přejít do méně chráněných podmínek. Tento program nenabízí stálé pracovní uplatnění. Podpora uživatele je tu zaměřena jak na pomoc při zacvičování, tak také na plánování a výběr zaměstnání po ukončení programu přechodného zaměstnávání.“³⁶

Pracovní poradenství

Pomáhá klientům orientovat se v pracovně-právních záležitostech a výběru vhodného zaměstnání či rekvalifikace.

Podmínky pro přijetí

- zájem a chuť pracovat, získávat nebo obnovovat své dovednosti
- přítomnost duševní nemoci
- věk nad 18 let

Kontraindikace pro přijetí

- nesouhlas s právy a povinnostmi v PZ
- akutní stav psychické poruchy
- aktuální zneužívání návykových látek (drogy, alkohol)
- nedoporučení služby psychiatrem

DPS Ondřejov má k dispozici tzv. spřátelené organizace. Klienti mohou volně využívat jejich služby hlavně z důvodů pracovní rehabilitace nebo v případě nabízeného programu, který je pro klienty vhodný a je jim ošetřujícím lékařem a často společně i s terapeutem doporučen. Mezi těmito organizacemi existuje určitá provázanost a spolupráce.

Především se jedná o občanské sdružení Green Doors, které se věnuje pracovní rehabilitaci psychotických pacientů. K tomuto účelu provozuje 3 tréninkové kavárny. V oblasti pracovní rehabilitace DPS Ondřejov dále spolupracuje se sdružením Fokus,

³⁵ URL: <<http://www.greendoors.cz/>> [21.11.2013].

³⁶ URL: <http://www.greendoors.cz/nase_sluzby> [21.11.2013].

kteřé má v Praze k dispozici cca 8 tzv. chráněných dílen určených pro dlouhodobou pracovní terapii psychotických pacientů.

11 Klienti DPS Ondřejov

Jak jsem již několikrát v této práci zmínila, klienty jmenovaného zařízení jsou lidé s duševním onemocněním, kteří do tohoto ambulantního zdravotnického sanatoria mohou docházet s různými obtížemi. Zde je přehled oddělení, které nabízejí vhodnou terapii klientům, kteří jsou rozdělení podle kategorie, která souvisí s typem jejich onemocnění nebo dle psychických obtíží či závislosti se kterou se zde léčí.

Jakým klientům se DPS Ondřejov věnuje:

„Oddělení pro terapii psychotických poruch a těžších hraničních stavů:

- *základní cílová skupina pacientů: mladší pacienti /18 - 30 let/, kteří mají za sebou 1 - 3 ataky schizofrenní či schizoafektivní psychózy.*
- *dále jsou na toto oddělení indikováni i tzv. hraniční pacienti, nacházející se blíže "psychotickému" stavu.*

Oddělení pro terapii lidí závislých na alkoholu, léčích či hracích automatech:

DPS Ondřejov nabízí odbornou pomoc při řešení osobních i vztahových obtíží souvisejících se závislostí stacionární i ambulantní léčbu závislosti vzniklé na:

- *užíváním alkoholu*
- *hraním hazardních či jiných her*
- *zneužíváním léků*
- *nadužíváním Internetu či mobilního telefonu*
- *léčbu jiné formy "závislosti" (na práci, sexu, partnerovi, sportu, stresu, TV ..., vyjma "nelegálních" drog)*

Oddělení pro terapii neurotických, úzkostných a depresivních poruch a psychosomatických obtíží nabízí:

- *středně až dlouhodobou individuální hlubinně orientovanou psychoterapii pro pacienty s neurotickými, úzkostnými či depresivními poruchami. Dále pak s různými psychosomatickými obtížemi*
- *dlouhodobou skupinovou psychoterapii 1x týdně pro pacienty s interpersonálními problémy*

- *pomoc v krizových životních situacích*
- *individuální či skupinový nácvik relaxace a jógy*³⁷

PRAKTICKÁ ČÁST

12 Popis metodiky a stanovené hypotézy

Metodika zvolená v mojí Bakalářské práci je zpracování dat na základě předloženého dotazníku (viz. příloha 2.). Jedná se o kvantitativní metodu výzkumu.

Vzorek respondentů byl distribuován od 13.3. do 20.5.2009.

Dotazník jsem vytvořila na základě nejen zkušeností získaných praxí v chráněném bydlení. Otázky, které mě delší dobu zajímali, jsem se rozhodla předložit čtyřem skupinám lidí, kteří se jak v běžném životě, tak i v praktickém životě prolínají a vzájemně na sebe působí.

Jednou ze skupin jsou odborníci pečující o lidi s duševním onemocněním, kteří působí v DPS Ondřejov a v PCP Bohnice. Další skupinou respondentů jsou lidé ze sdružení Sympathea a Ondřej, což je sdružení rodinných příslušníků pečující o duševně nemocné (převážně o své děti). Sdružení Ondřej je svépomocná skupina rodinných příslušníků pacientů, která vznikla v rámci DPS Ondřejov. Sympathea je: „*celonárodní sdružení duševně nemocných, která vznikla na popud odborníků v roce 2003 v Praze*“³⁸

Třetí skupinou je veřejnost, prezentovaná z větší části lidmi, kteří se aktivně věnují sportu. Poslední dotazovanou skupinou jsou VŠ studenti pomáhajících profesí, zejména na HTF a ETF UK v Praze.

Dotazník jsem konzultovala s odborným pracovníkem DPS Ondřejov, navedl mě na některé zajímavé otázky, které jsou v dotazníku uvedeny.

Jak jsem již uvedla v úvodu stanovila jsem si těchto pět základních hypotéz. Nevyjadřuji jimi svůj osobní názor, ale vybrala jsem je pro to, že mě zajímá výsledek z dotazníků.

Hypotéza č.1: Každý člověk se ve svém životě minimálně jednou setká s člověkem, který prošel duševním onemocněním.

Hypotéza č.2: Duševní nemoc lze zmírnit nebo potlačit změnou životního stylu.

Hypotéza č.3: Převažující počet (více jak 50%) respondentů si nedokáže představit, duševně nemocného člověka jako svého celoživotního partnera.

³⁷URL: <<http://www.ondrejov.cz/programy>> [24.11.2013].

³⁸ URL: <<http://www.sympathea.cz/organizace.html>> [24.11.2013].

Hypotéza č.4: Duševně nemocného člověka by si většina lidí, tzn. více 50% nedokázala představit jako svého spolupracovníka.

Hypotéza č. 5: Duševně nemocní by se neměli léčit v izolovaných institucích.

13 Interpretace praktické části – grafické znázornění

Dotazníky interpretuji ve dvou náhledech, v tabulkách a grafech. Uvedené tabulky 1, 2 jsou znázorněny ve sloupcovém výsečovém grafu č 1, sloupcovém grafu č. 2, č. 3, č. 4, a č. 5.

Tabulka č. 1 rozděluje respondenty dle jejich počtu, věku, pohlaví a dosaženého vzdělání.

Tabulka č. 1

Rozdělení počtu respondentů

Skupina	počet resp.	podíl ve skupině dle pohl.	průměrný VKV	počet resp. dle pohlaví		nejvyšší dosažené vzdělání			
				mužů	žen	základn í	vyuče n	SŠ	VŠ
Sympathea, Ondřej	11	12%	62	1	10	-	1	5	5
Odborníci	24	25%	38	5	19	-	-	-	12
Veřejnost	47	49%	33	15	32	-	3	14	30
Studenti pomáhajících profesí	13	14%	25	1	12	-	1	9	3
Celkem	95	100%	39	22	73	-	5	28	50

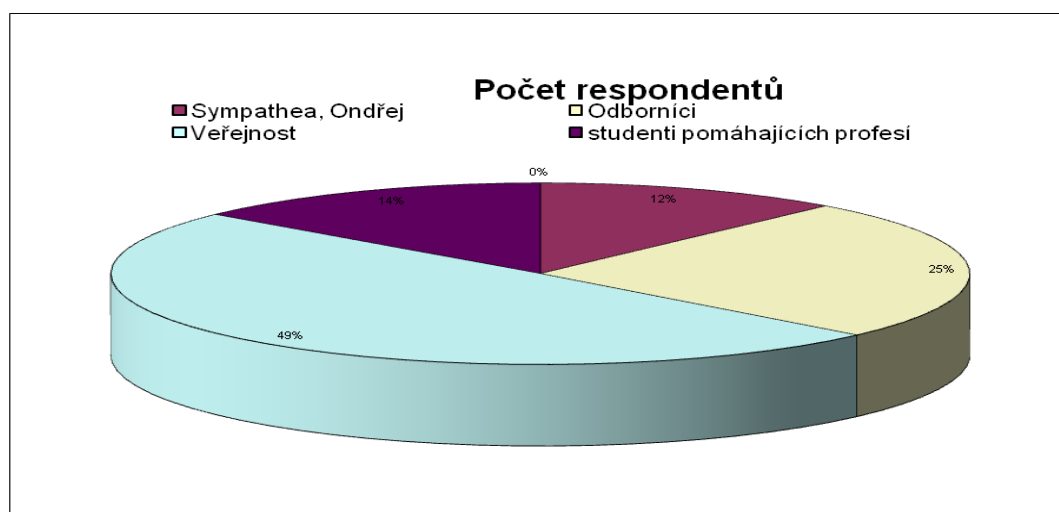
Následující tabulka znázorňuje odpovědi, ve kterých je uveden přehled znázorňující první setkání s duševním onemocněním. Z přehledu jasně vyplívá, v jakém časovém horizontu se respondenti s pojmem duševní onemocnění setkali nebo o něm slyšeli. Převažující počet respondentů (52) se s pojmem duševní onemocnění setkala v období do 15let věku a v období 15-20let,(27). Nejvyšší zastoupení lidí, kteří se setkali s duševním onemocněním v rodině, je ve skupině Sympathea, Ondřejov. Dále ve skupině veřejnost, a poté ve skupině odborníků. Je tedy zajímavé položit si otázku, zda a do jaké míry předurčuje výběr profesního zaměření u pomáhajících jejich vlastní nebo přenesená zkušenost z rodiny. Domnívám se, že minimálně u 50 % respondentů je tato zkušenost zásadní při výběru a formování jejich profesního života a že člověka tato zkušenost do 20let věku přinejmenším z větší části ovlivní.

Tabulka č. 2.**Setkání s duševním onemocněním**

Skupina	setkání s duš. problémem - místo				setkání s duš. problémem - věk			
	v rodině	mezi přáteli, známými	v reálném životě s neznámým člověkem	nikde	do 15 let	15-20 let	20-40 let	50 let a výše
Sympathea, Ondřej	10	1	-	-	2	2	5	2
Odborníci	7	6	11	-	15	7	1	-
Veřejnost	11	9	18	5	26	14	6	-
studenti pomáhajících profesí	3	-	5	1	9	4	-	-
Celkem	31	16	34	6	52	27	12	2

U této tabulky, která znázorňuje setkání s duševním onemocněním reflektují **Hypotézu č.1:** Každý člověk se ve svém životě minimálně jednou setká s osobou, která prošla duševním onemocněním.

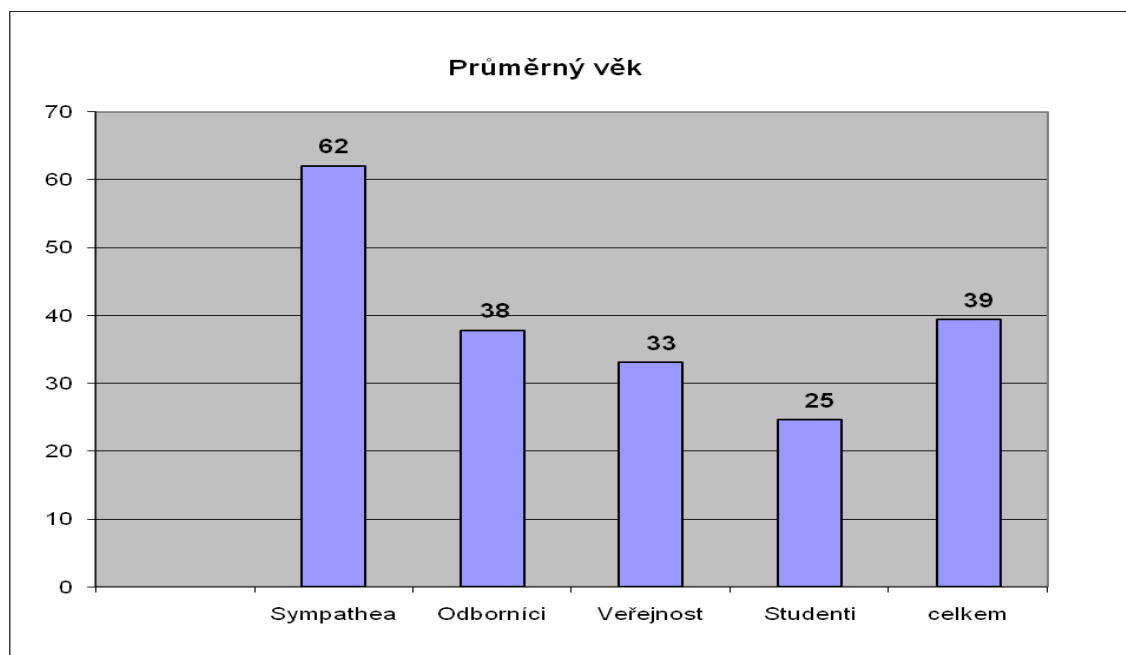
Tuto hypotézu hodnotím za nepotvrzenou, z důvodu, že 6 respondentů z celkového počtu 94 se dle tohoto dotazníku nesetkalo za svůj dosavadní život s osobou s duševním onemocněním. Je dosti reálná možnost, že se má hypotéza naplní až po napsání této bakalářské práce, někdy v budoucnu, jelikož čas hraje hlavní roli v posuzování těchto momentálně aktuálních údajů, které např. za 2 měsíce nebo za dva roky aktuální být nemusejí. Protože je dosti možné, že za celý život se skutečně každý setká s osobou, která prošla duševním onemocněním.

Graf č. 1-Celkový počet respondentů

Graf o počtu respondentů uvádí, že nejvyšší zastoupení zde má veřejnost, pak odborníci, dále studenti pomáhajících profesí a lidé ze sdružení Sympathea a Ondřej. Skupina

veřejnost, tzn. lidé, kteří nejsou profesně zařazeni do skupin odborníků či pomáhajících profesí nebo se nerealizují ve sdruženích, které jsou specificky zaměřeny na pomoc lidí s duševním onemocněním, má největší zastoupení ze všech čtyř skupin, což odráží realitu i v praktickém životě.

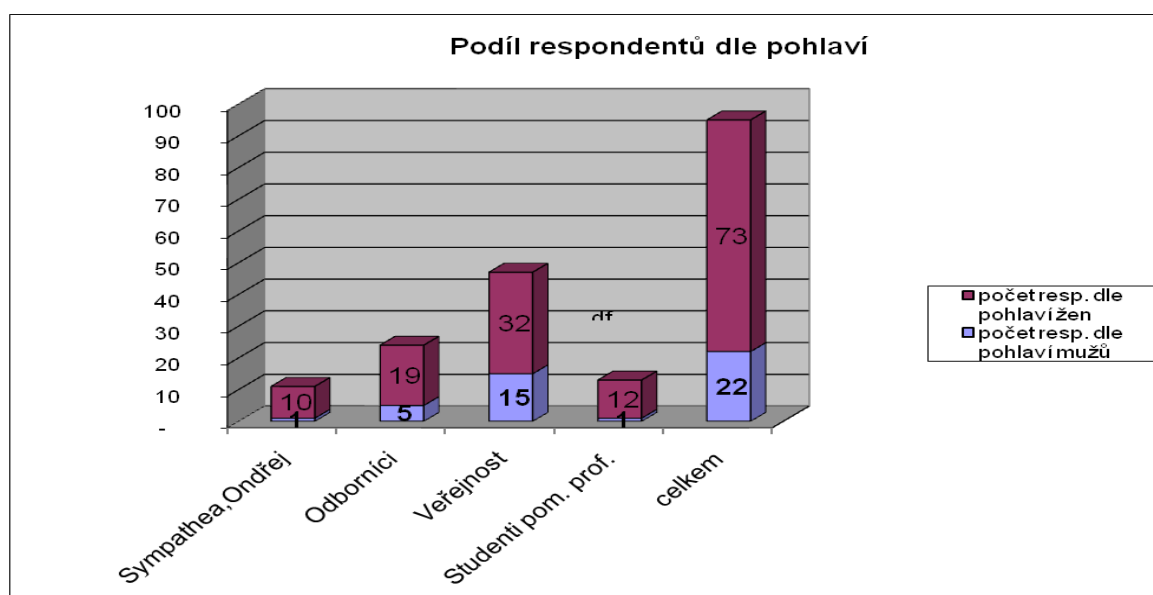
Graf č. 2-Průměrný věk



Průměrný věk respondentů je 39let. Výrazně vyšší věk nad průměrem je ve skupině Sympathea, Ondřej. Ve skupině Sympathea, Ondřej je zastoupeno více lidí s vyšším průměrným věkem. A naprosto zde převažují ženy.

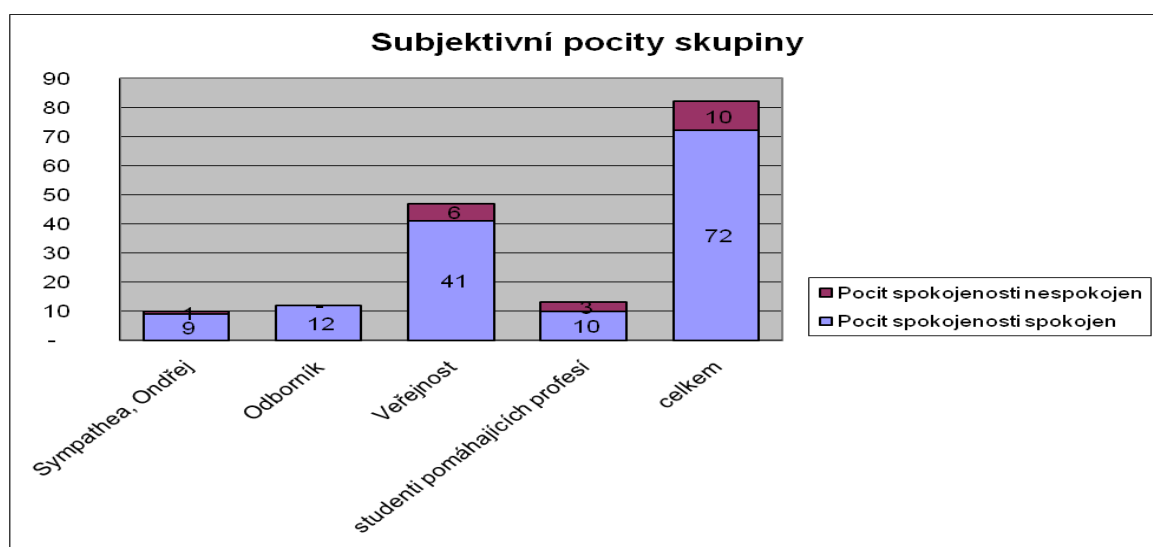
Odborníci, kteří zastoupení v této skupině mají průměrný věk 38let. Jsou zde zastoupeni odborníci především z řad psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků, a zdravotních sester.

Graf č. 3-Otázka č. 2



Z analýzy celkového počtu respondentů je zřejmá informace, že výrazně procentuelně vyšší je zde zastoupení žen. Z celkového počtu dotazovaných je jich 73. V celkovém počtu u dotazovaných skupin je o něco výraznější zastoupení mužů pouze mezi odborníky.

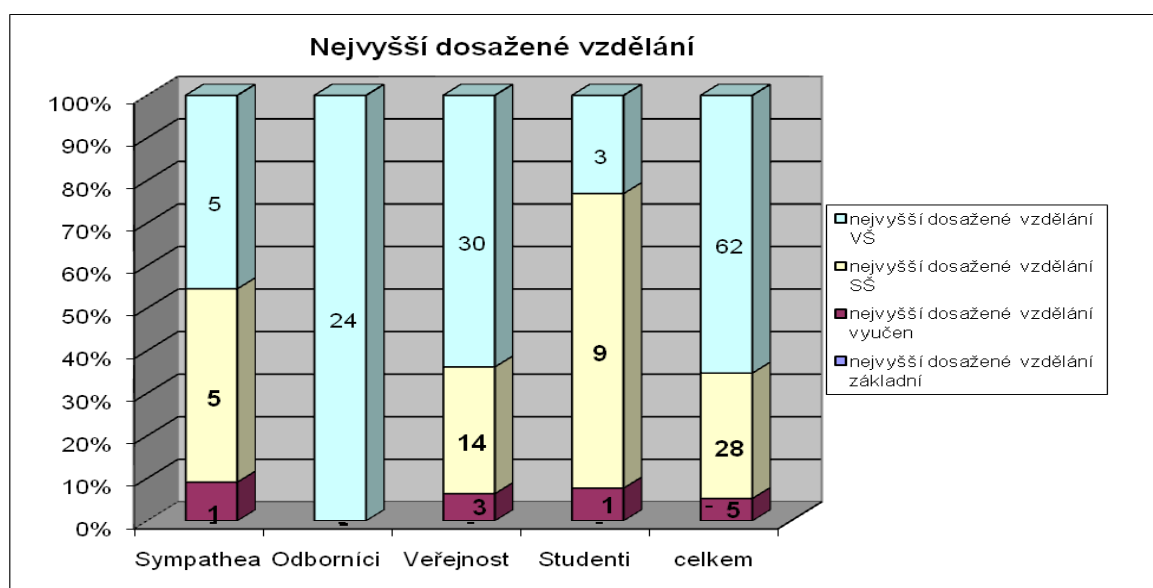
Graf č. 4-Otázka č. 4



V grafu č. 4 zohledňuji subjektivní pocity všech skupin nad spokojeností se životním stylem.

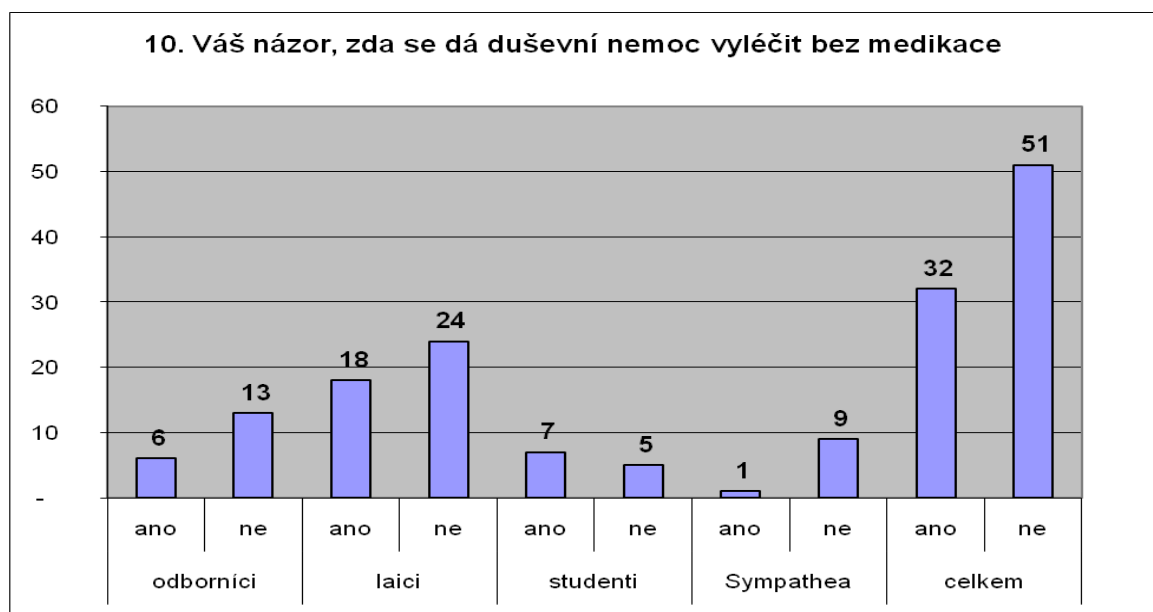
Z tohoto grafu vyplývá, že u všech respondentů výrazně převyšuje pocit spokojenosti, což může mít pozitivní vliv na zodpovídané otázky v dotazníku.

Graf č. 5 – Otázka č. 6



Přes 50% všech dotazovaných skupin má vysokoškolské vzdělání. Vzdělání je u skupiny Sympathea, Ondřej z 50% vysokoškolské a ze 45% středoškolské. Ve skupině odborníků je 100% zastoupení lidí s vysokoškolským vzděláním.

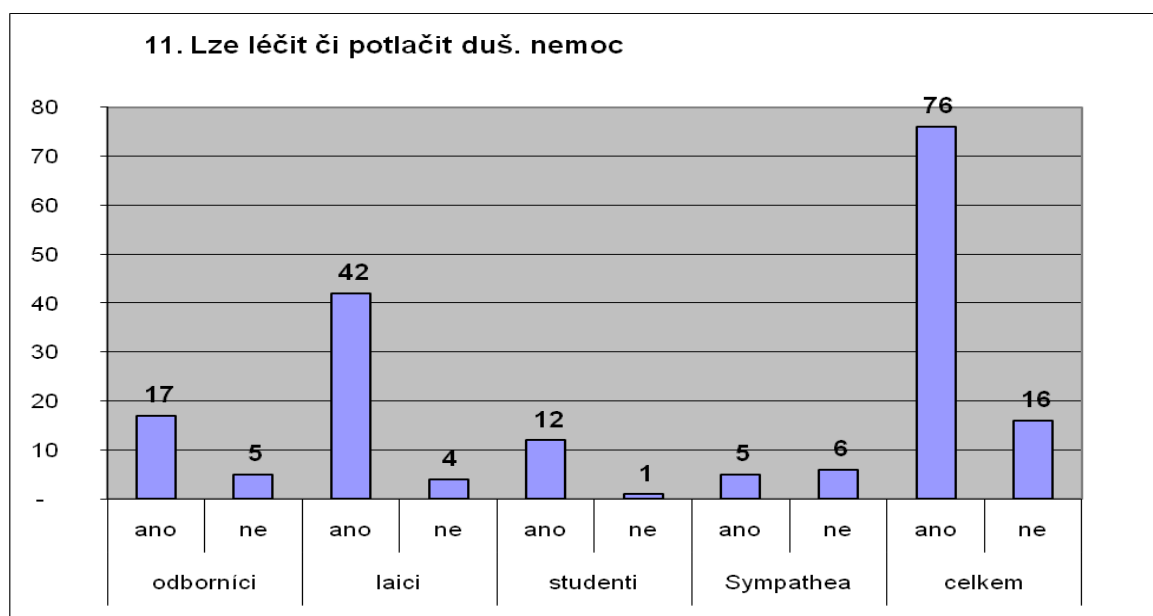
Grafy č. 6. - Otázka č. 10



Z tohoto grafu je zřejmé, že odborníci z 68% jsou toho názoru, že duševní nemoc nelze bez medikace vyléčit. U veřejnosti je to téměř půl na půl dotazovaných respondentů. U studentů převažuje názor u 58% dotazovaných, že lze duševní nemoc vyléčit bez medikace. U sdružení Sympathea, Ondřej je z 90% dotazovaných přesvědčených o tom, že duševní nemoc bez medikace vyléčit nelze. Z těchto výsledků vyplývá, že lidé, kteří mají

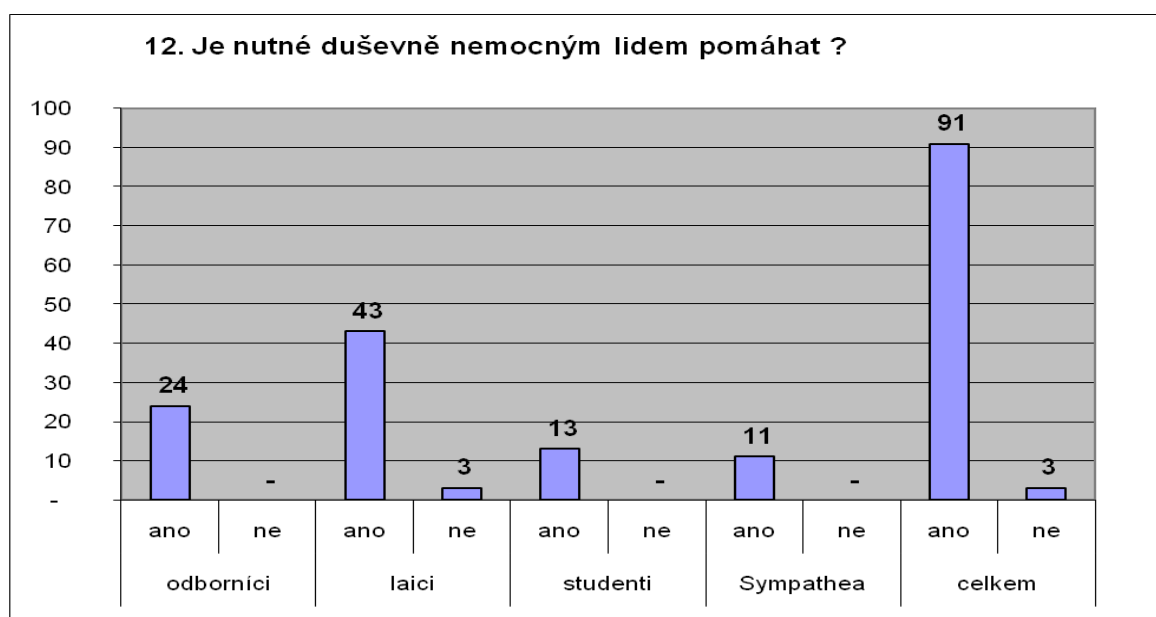
bezprostřední, někdy možná denní zkušenost s člověkem s duševním onemocněním, jsou v názoru, zda lze duševní onemocnění bez medikace léčit ve velké míře zastoupeni názorově velmi podobně. Je také nutno uvést, že v této otázce č. 10 mnoho dotazovaných uvedlo, že záleží, o jakou formu duševního onemocnění se jedná, např. jednoznačně mezi odborníky převažuje názor, že např. schizofrenie se bez medikace léčit nedá. Konstatuji pouze tuto skutečnost, aniž bych se přikláněla na tu či onu stranu.

Graf č. 7-Otázka č. 11



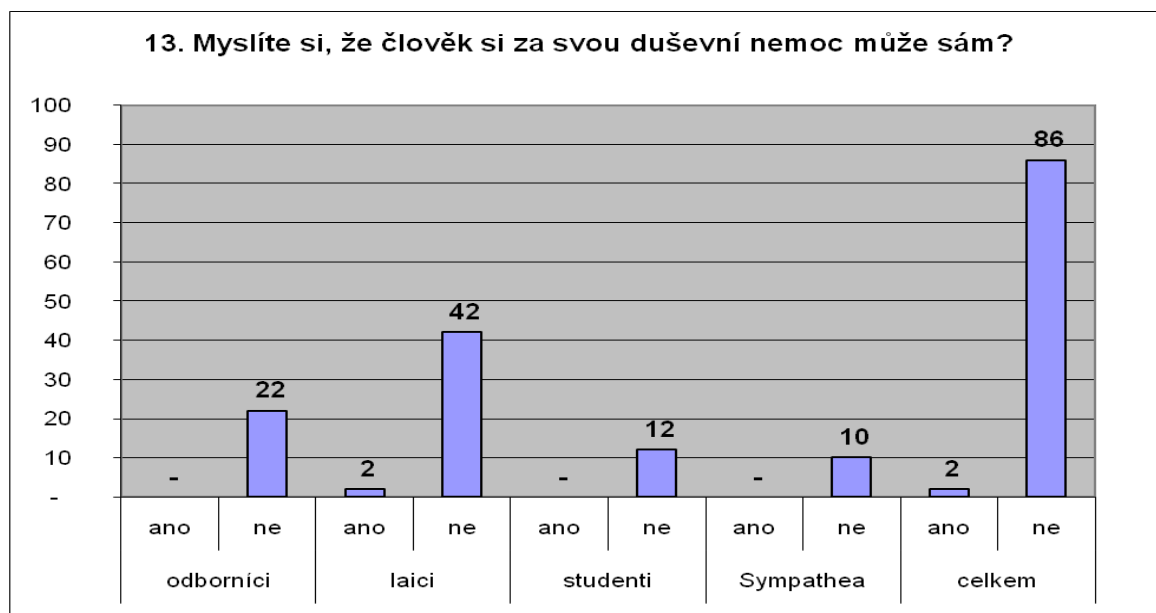
U otázky č. 11. zda lze duševní nemoc vyléčit/zmírnit nebo potlačit změnou životního stylu odpovídá skupina odborníků ze skoro 80%, že to lze. U laiků tento názor sdílí 91% a u studentů je to celých 92%. U sdružení Sympathea, Ondřej je dotazovaných, kteří názor o možnosti potlačení duševní nemoci změnou životního stylu v nejmenší míře a to z 45%. Hypotéza č. 2: Duševní nemoc lze potlačit či zmírnit změnou životního stylu se dle výsledků odpovědí u respondentů jednoznačně potvrdila. Je třeba zmínit, že se jedná o názory lidí, ke kterým se tento dotazník dostal, ale dle psychiatrů a odborníků je výsledek odpovědí na tuto otázku pro mne velmi zajímavý.

Graf č. 8-Otázka č. 12



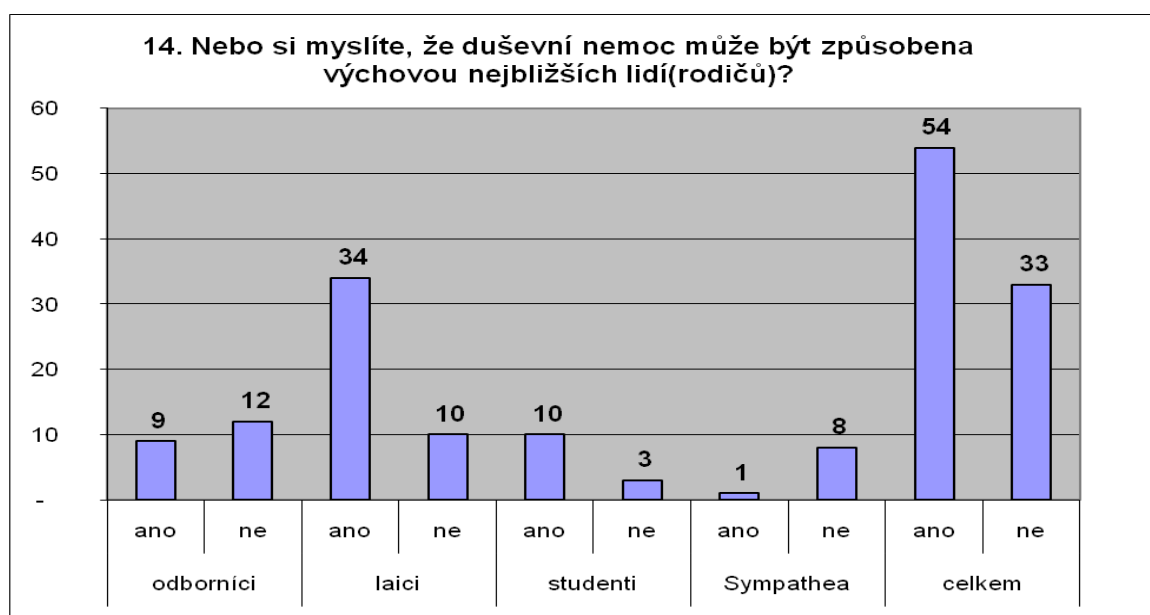
Na otázku zda je nutné duševně nemocným lidem pomáhat odpovídají všechny skupiny z 97%, že ano, je to nutné. 7% dotazovaných, kteří se domnívají, že to nutné není, patří do skupiny veřejnosti.

Graf č. 9-Otázka č. 13



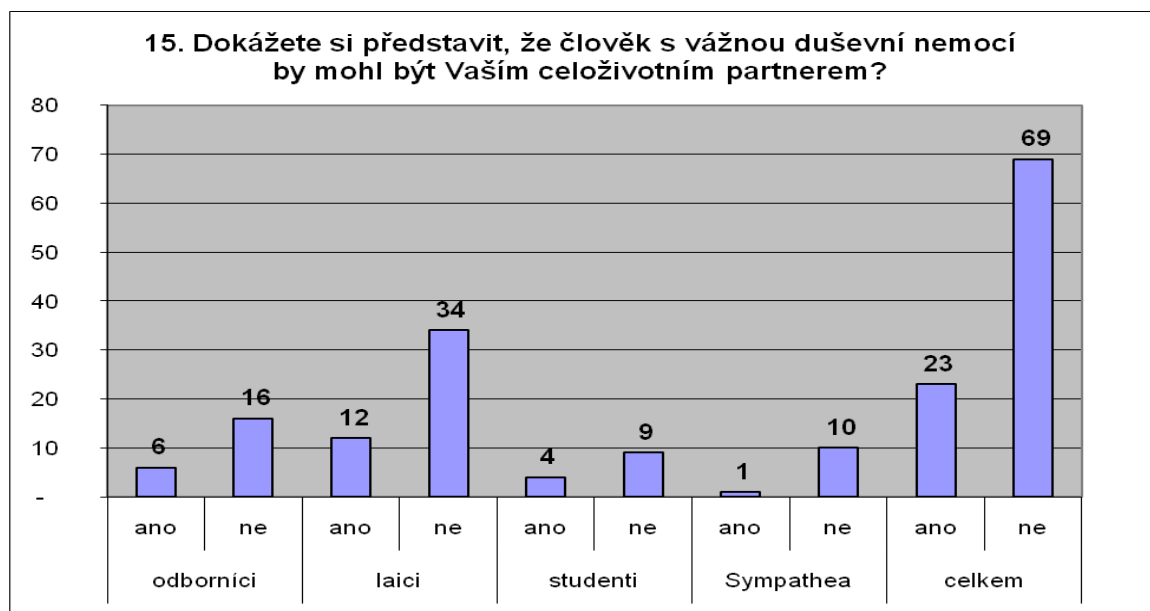
U otázky, zda si za duševní nemoc může člověk sám, odpovídá jednohlasně 100% dotazovaných odborníků, že nikoliv. Pouze 5% dotazované veřejnosti se domnívá, že ano. U studentů je opět jednohlasný názor jako u odborníků a ve skupině Sympathea taktéž.

Graf č. 10. - Otázka č. 14



Otázka, zda je možné, že duševní nemoc může být způsobena výchovou nejbližších lidí (rodíčů) odpovídá skupina odborníků z 43%, že to možné je. Ze 77% dotazované veřejnosti se k tomuto názoru rovněž přiklání. Naprosto stejně procentuelně je stejná hodnota i u studentů pomáhajících profesí a ve sdružení Sympathea se 89% respondentů domnívá, že to možné není. Velmi zajímavé.

Graf č. 11 – Otázka č. 15



Odpovědi odborníků, že duševně nemocný člověk by mohl být jejich celoživotním partnerem odpovídá 27% z dotázaných, že to možné je. Podobně o procento méně je to u

laiků a ze 69% sdílí tento názor i studenti pomáhajících profesí. Ve sdružení Sympathea je tato hodnota nejvyšší a to z 91%.

Hypotéza č. 3: Převažující počet (více jak 50%) respondentů si nedokáže představit, duševně nemocného člověka jako svého celoživotního partnera se mi potvrdila-

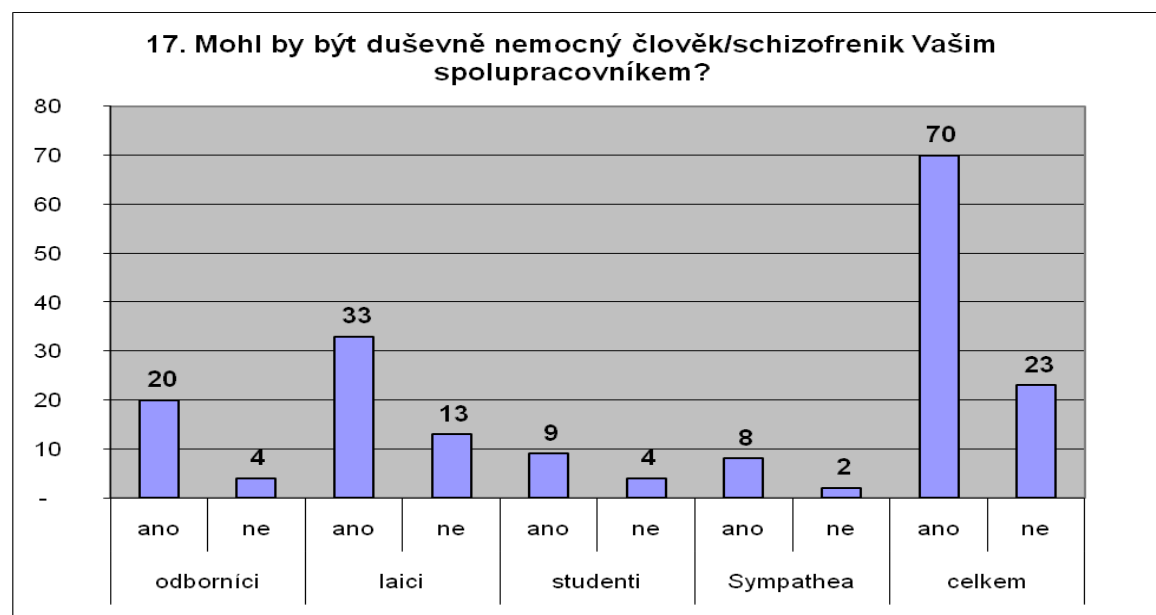
Otázka č. 16

Jaká tři slova Vás bezprostředně napadnou, když slyšíte slovo: schizofrenik?

U této otázky nejčastěji respondenti z řad veřejnosti uváděli, že slovo schizofrenik jim asociuje slova: blázen, rozdvojená osobnost, chaos, zmatek.

Odborníci nejčastěji volili slova: bludy, hlasy, halucinace, trápení. U skupiny studentů se nejvíce objevovala slova typu: rozdvojená osobnost, vážná nemoc, nemocný člověk, halucinace, léky. U skupiny sdružení Sympathea, Ondřej to byly asociace: vlastní svět, hrůza, celoživotní trest, nebezpečí, a také asociace-vlastní syn.

Graf č. 12-Otázka č. 17

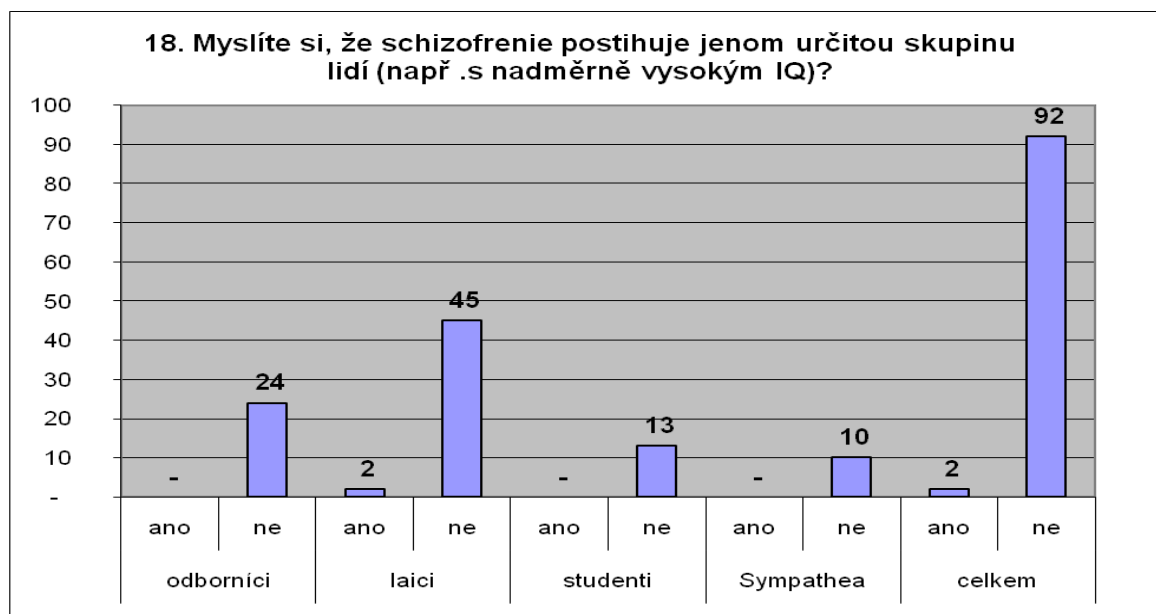


U otázky č. 17 zda by nemocný člověk mohl být vaším spolupracovníkem odpovídá 83% z odborníků ano, ze 72% veřejnosti také ano, u studentů je to 69% pro souhlas a u sdružení Sympathea je to 80%.

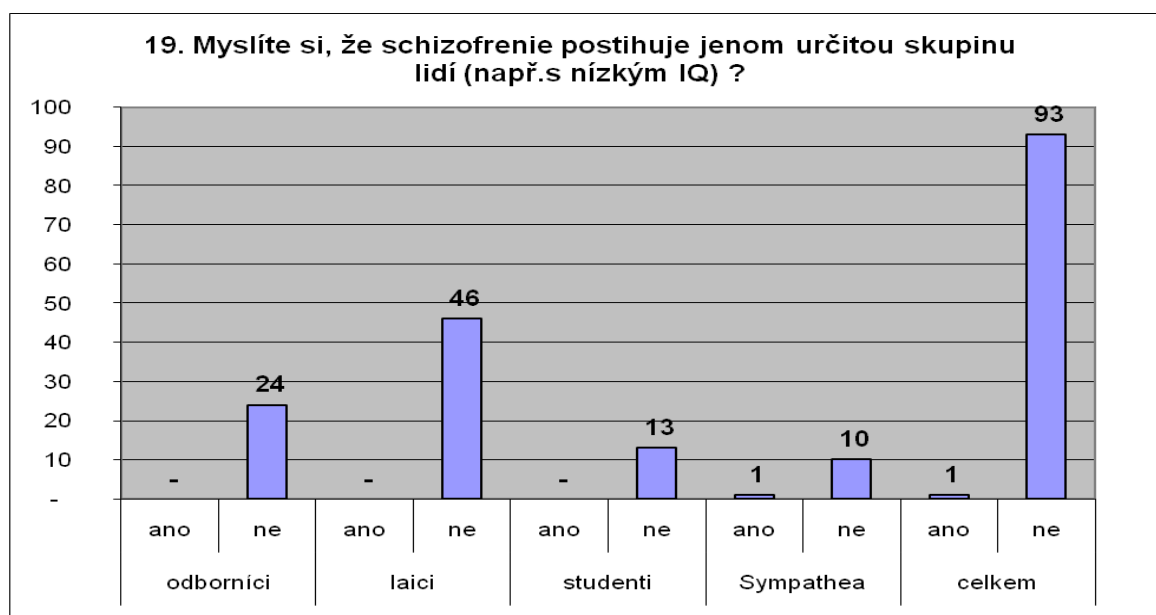
K této otázce jsem se v úvodu práce rozhodla vznést: **Hypotézu č. 4:** Že duševně nemocného člověka by si většina lidí, tzn. více, než 50% respondentů nedokázala představit jako svého spolupracovníka.

Tato hypotéza se mi nepotvrdila. Celých 70 % dotazovaných odpovědělo, že by si člověka s duševním onemocněním dokázalo jako svého spolupracovníka představit. Moje hypotéza se nepotvrdila, což mluví o benevolenci a otevřeného způsobu vnímání vůči lidem s duševním onemocněním. Vzhledem k tomu, že lidé s duševním onemocněním mají z převažující části problém s nalezením a udržením zaměstnání, mluví tyto výsledky velmi pozitivně a zároveň pro mne s překvapivým, leč pozitivním výsledkem.

Graf č. 13-Otázka č. 18



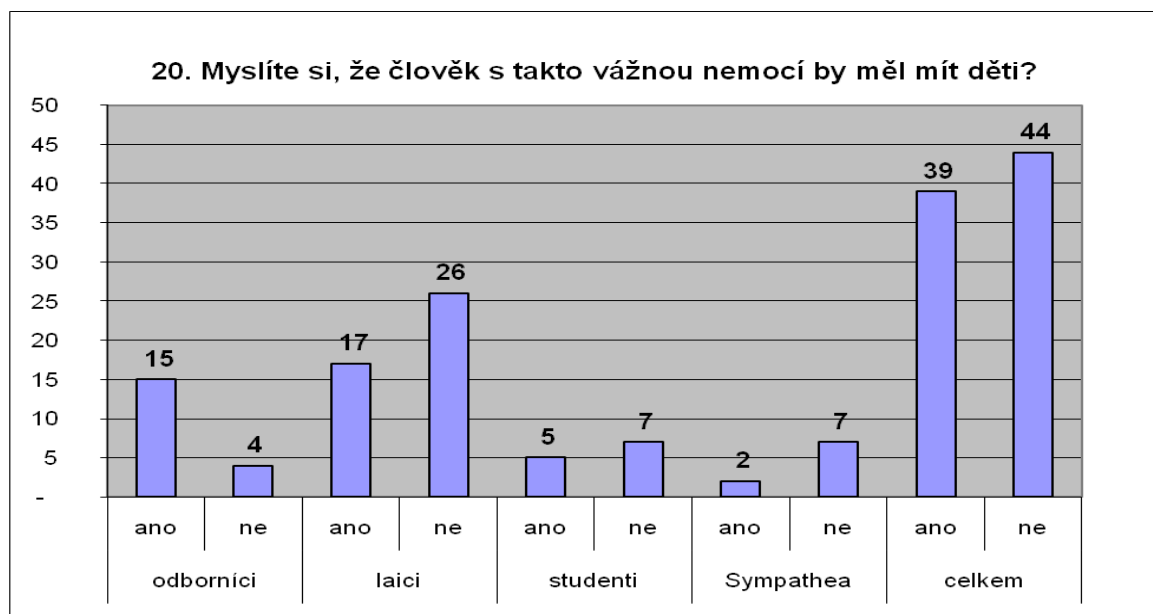
Graf č. 14-Otázka č. 19



U této otázky 98% dotazovaných respondentů se domnívá, že schizofrenie nepostihuje pouze určitou skupinu lidí, např. s vysokým IQ.

Pouze o 1% (tzn. 99%) tento názor sdílí i v otázce č. 19, že schizofrenie nepostihuje pouze určitou skupinu lidí, např. s nízkým IQ.

Graf č. 15. - Otázka č. 20



Zřejmě kontroverzní otázku ohledně názoru zda by člověk takto duševně nemocný měl mít děti, odpovídá 79% dotazovaných odborníků ano, že člověk s takto vážnou nemocí by děti měl mít. Výrazně menší procento veřejnosti, a to 40% dotazovaných se domnívá, že by takto nemocní děti mít měli. Podobně je to i u studentů, ale ve sdružení Sympatheia, celých 78 % dotazovaných se domnívá, že by děti takto nemocný člověk mít neměl.

Otázka. č 21-

Kolik se domníváte, že v populaci onemocnění lidí a v jakém věku podle Vás onemocnění propuká?

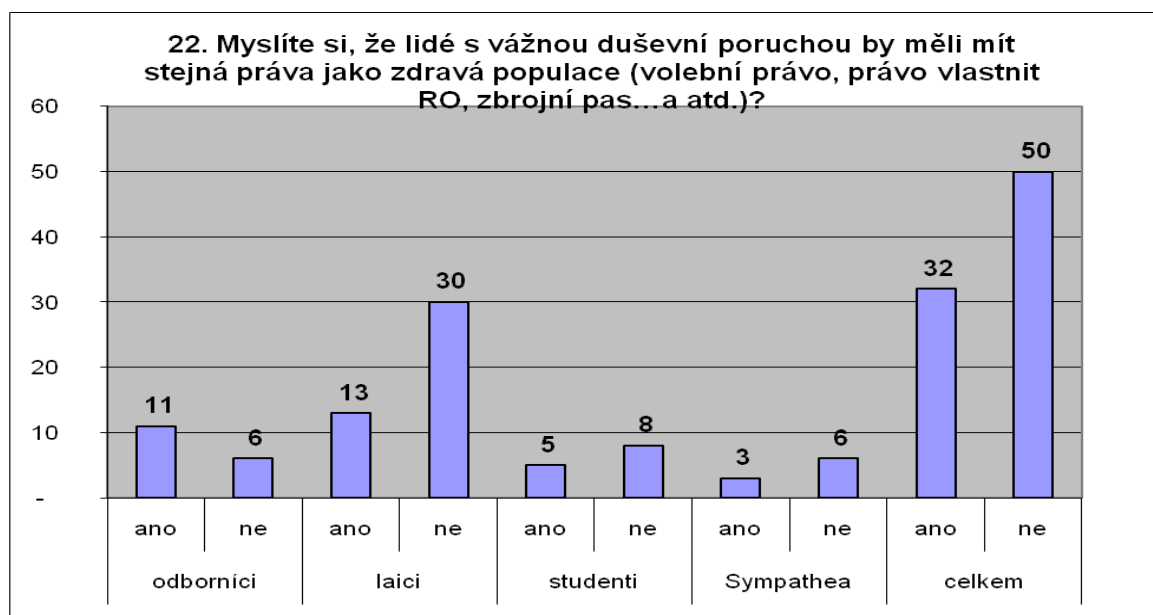
Tato otázka je otevřená a proto uvedu několik odpovědí.

Z řad odborníků se vyskytuje nejčastěji zastoupen odhad na 1-5%

U veřejnosti se odpovědi různí. Nejčastějším odhadem je, že procento lidí, kteří v populaci onemocnění 0,03% , ale také jsem zde vysledovala odpovědi v odhadu 10-15%. Z řad studentů je tento odhad definován kolem 5-8%

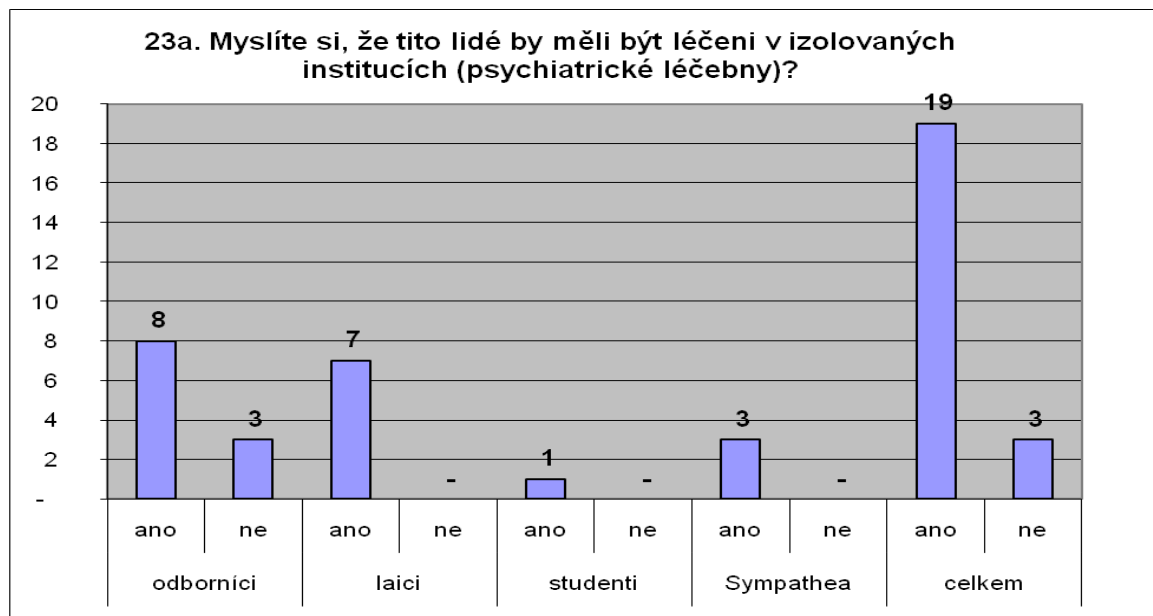
U skupiny Sympatheia, Ondřej je odhad nejčastěji definován mezi 3-8%

Graf č. 16-Otázka č. 22

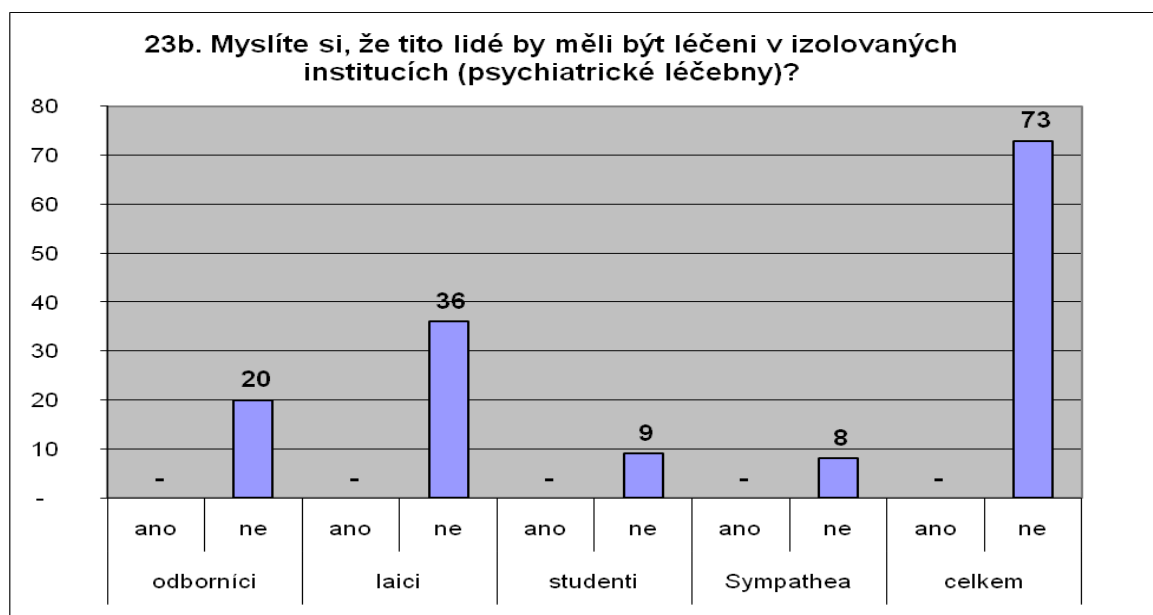


U této otázky jsou graficky znázorněny odpovědi, ve kterých všech čtyřech skupinách převažuje odpověď, že lidé s duševní poruchou by neměli mít stejná práva jako zdravá populace.

Graf č. 17 -Otázka 23a-Definující odpověď:ANO



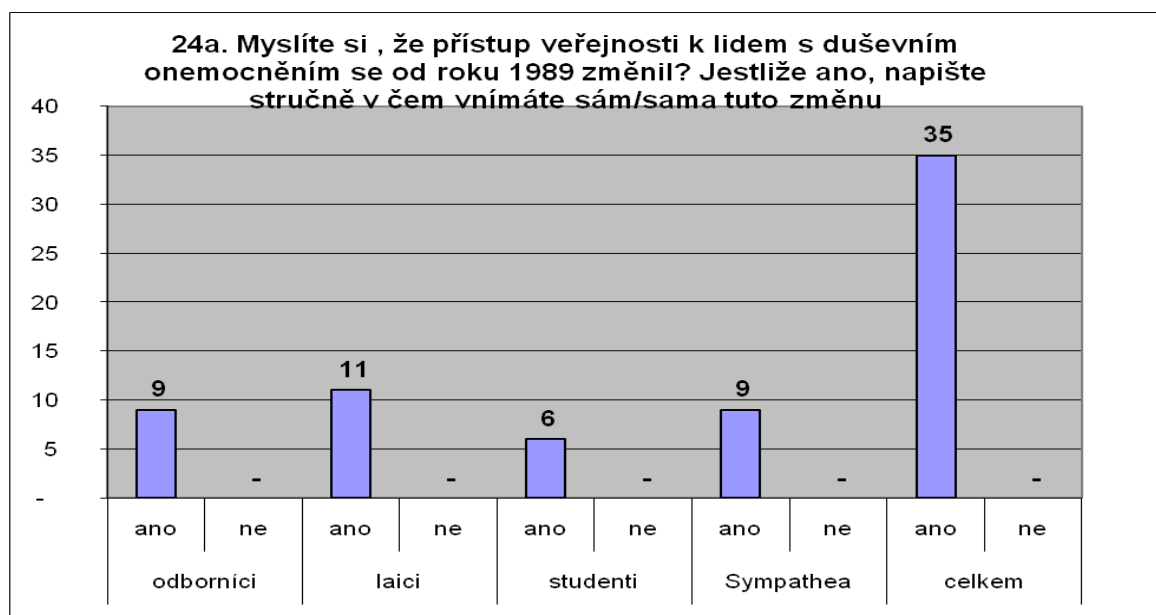
Graf č. 18 -Otázka 23b-Definující odpověď:NE



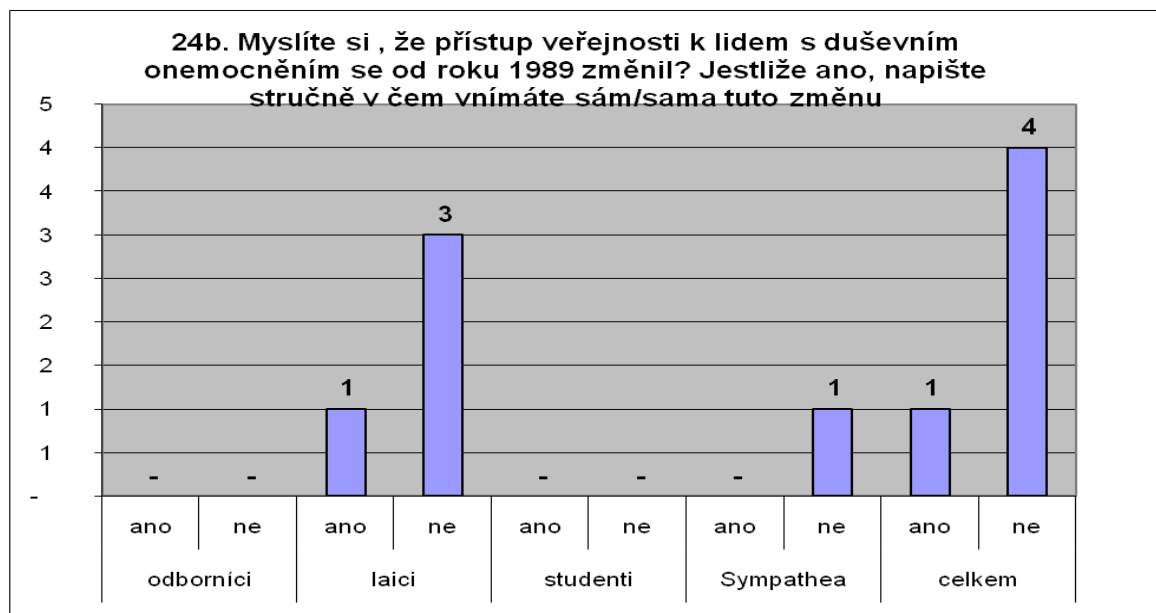
U těchto grafů jsou evidentní nízké hodnoty odpovědí do nich zvlášť začleněných (pro ANO/NE). Mnoho dotazovaných nevolilo jednoznačnou odpověď, což vypovídá o tom, že respondenti ve všech skupinách o této otázce museli přemýšlet, jelikož z převážné většiny dotazovaných uvedli poznámku, že je důležité definovat, o jaký typ onemocnění se jedná. Otázka byla položena se záměrem, aby si dotazovaní mohli vybrat, ale také, aby mohli vyjádřit svůj názor, pokud se nebudou moci pro jednoznačnou odpověď rozhodnout. Mnoho dotazovaných ze všech čtyř skupin uvedlo, že pokud by šlo o společnosti nebezpečné jedince, měli by být léčeni v izolovaných institucích, jedná se konkrétně o psychiatrické léčebny. Ale pokud se nejedná o společnosti nebezpečné jedince, dali by jednoznačně přednost odpovědi, že lidé s duševním onemocněním by se měli léčit docházením do zařízení ambulantního charakteru.

Hypotéza č. 5, kterou jsem si stanovila u otázky 23, že duševně nemocní by se neměli léčit v izolovaných institucích, se mi potvrdila. Počet 73 z celkového počtu dotazovaných respondentů uvedl, že nesdílí názor, aby se lidé s duševním onemocněním léčili v izolovaných psychiatrických léčebnách.

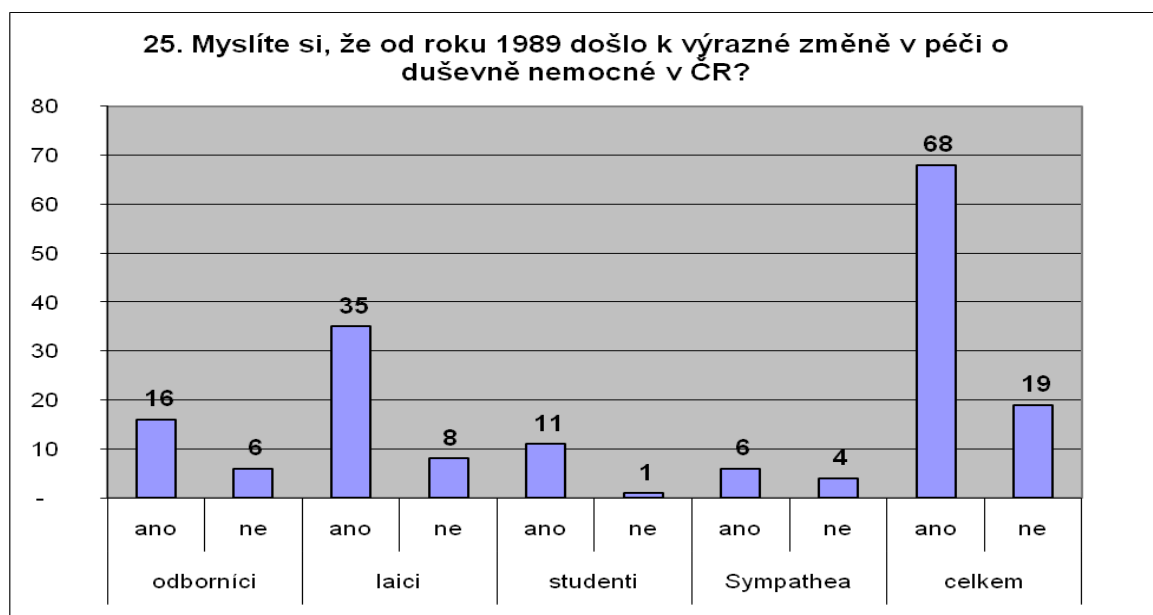
Graf č.19a -Otázka 24a-Definující odpověď: ANO



Graf č.19b -Otázka 24b-Definující odpověď: NE



Graf č. 20-Otázka č. 25

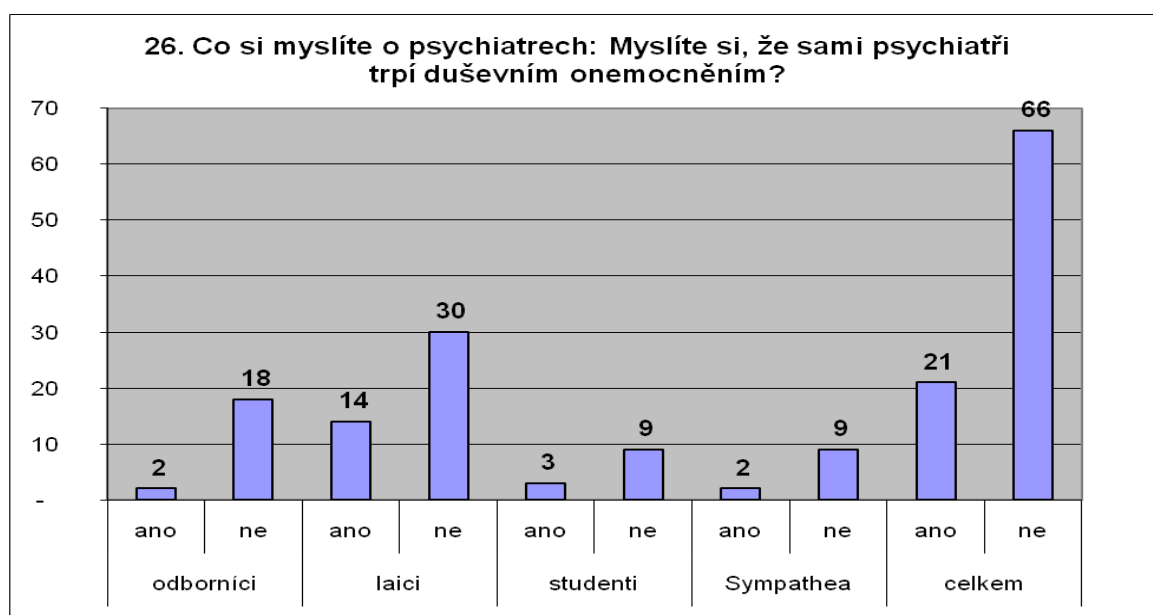


Z této otázky ve všech skupinách vychází skutečnost, že 78% respondentů se domnívá, že k výrazné změně v péči o duševně nemocné lidi, došlo. Jako důvody nejčastěji vnímané změny v péči uvádím např.:

větší informovanost, začleňování lidí s duševním onemocněním do společnosti, postoj společnosti, více spolků, odborných instucí, zkvalitnění služeb a péče. Z řad dotazovaných odborníků se objevují názory, že se přístup ve změně k lidem s duševním onemocněním projevuje v menší stigmatizaci společnosti.

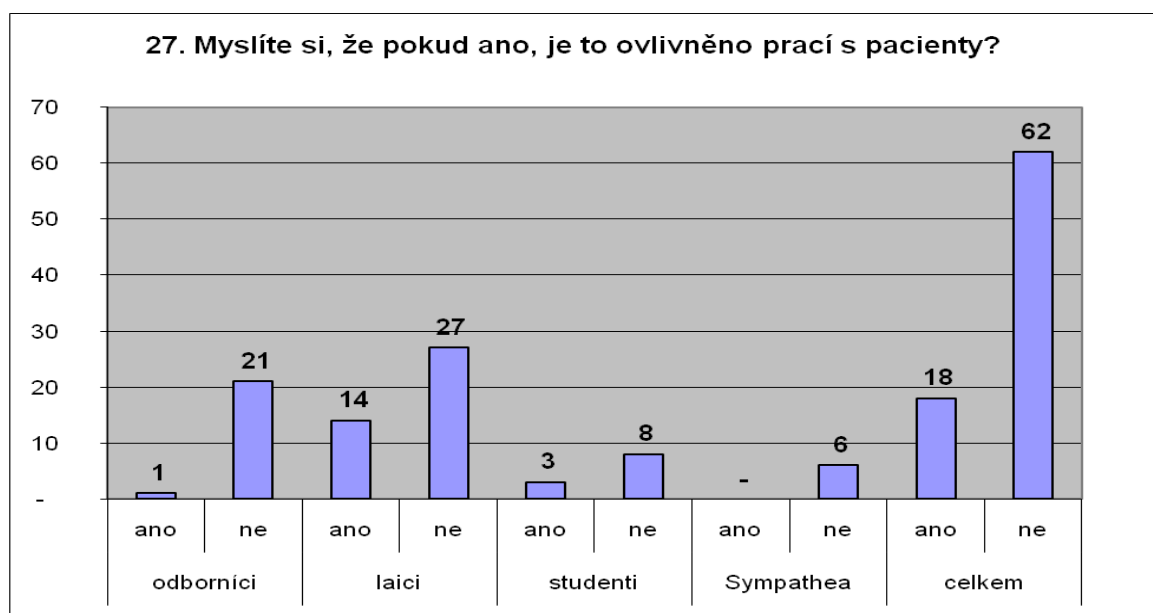
Některé názory však hovoří i o tom, že se přístup změnil společnosti změnil k lepšímu, ale je horší uplatnění na trhu práce. Tento názor sdílím, jelikož zaměstnávání lidí s duševním onemocněním má stále rezervy a určitě se projevil i aktuální problém, který se týká rušení chráněných dílen a jiných specializovaných detašovaných pracovišť.

Graf č.21-Otázka č.26



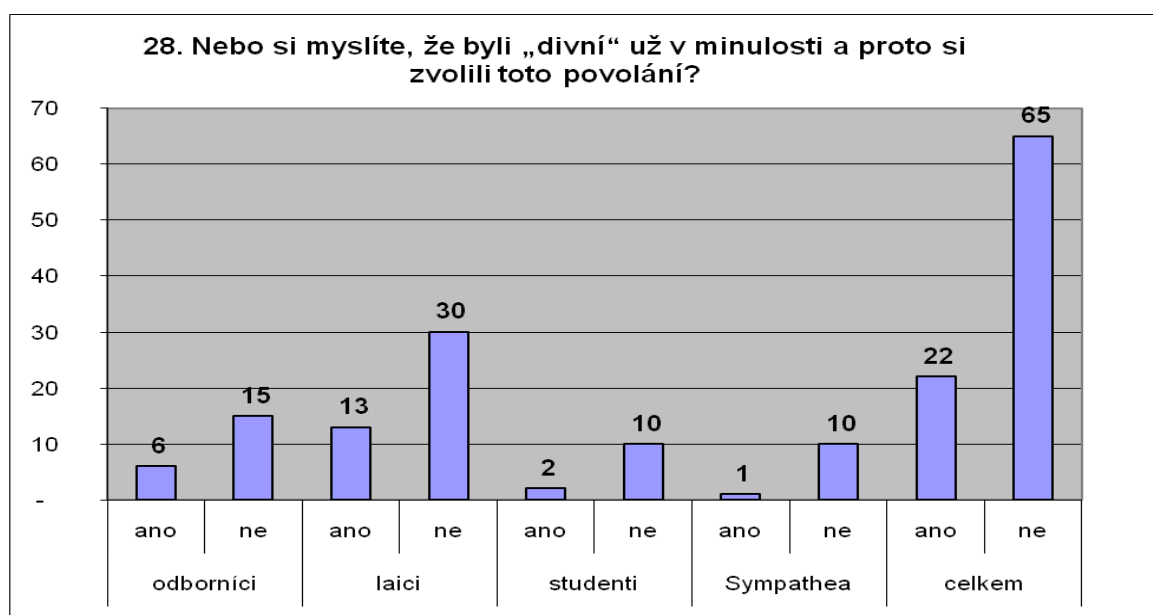
U grafu, který je zde znázorněn výrazně převažuje u všech čtyř skupin(ze 76%) názor, že psychiatři duševním onemocněním sami netrpí. U skupiny veřejnost je zastoupení názoru o možnosti, že duševním onemocněním psychiatři trpí, nejvíce zastoupen, a to z 37%.

Graf č.22-Otázka č.27



Z dotazovaných respondentů se domnívá 75% z celkového počtu, že práce s pacienty neovlivňuje samotné odborníky takovým způsobem, aby sami trpěli duševním onemocněním,(viz.otázka 26). Dotazovaná veřejnost je ovšem stejně jako v předchozí otázce skupinou, která odpověděla nejčastěji, že to možné je.

Graf č.23-Otázka č.28



14 Souhrn praktické části

V praktické části jsem zpracovávala dotazníky a zaměřila jsem se na interpretaci získaných odpovědí. Postupovala jsem ve vyhodnocování z hodnot procentuelních (viz. příloha č. 2), i z hodnot získaných grafickým znázorněním.

Ne všechny otázky dotazníku jsem převedla do grafické podoby. Charakteristika práce neumožňuje provést úplnou kvalitativní analýzu odpovědí na otevřené otázky, z toho důvodu, že na ně nelze jednoznačně odpovědět. Zároveň jsem si vědoma, že vzhledem k rozsahu práce nemohu plně vyčerpat potenciál dotazníku.

Vzhledem k velikosti vzorku nelze získané údaje zobecňovat, ale domnívám se, že poskytují zajímavé údaje k dalším úvahám.

Hypotézy, které jsem si stanovila, lze hodnotit takto:

Hypotéza č. 1, že každý člověk se ve svém životě minimálně jednou setká s osobou, která prošla zkušeností s duševním onemocněním, se mi aktuálně k dnešnímu dni, v tomto dotazníku nepotvrdila.

Hypotéza č. 2: Duševní nemoc lze potlačit či zmírnit změnou životního stylu se dle názorů dotazovaných potvrdila, z řad odborníků z 80%.

Hypotéza č. 3: Převažující počet (více jak 50%) respondentů si nedokáže představit, duševně nemocného člověka jako svého celoživotního partnera. Tato hypotéza se mi potvrdila.

Hypotéza č. 4: S konstatováním že duševně nemocného člověka by si většina lidí, tzn. více, jak 50% nedokázala představit, jako svého spolupracovníka se mi nepotvrdila. 70. respondentů odpovědělo, že by si člověka s duševním onemocněním, jako svého spolupracovníka představit dovedlo.

Hypotéza č. 5: Duševně nemocní by se neměli léčit v izolovaných institucích se jednoznačně potvrdila. Výrazně převažující počet respondentů nesouhlasí, aby se lidé s duševním onemocněním léčili v izolovaných institucích.

15 Závěr

Různé životní situace a období etap každého člověka zanechávají své stopy. Na každém a bez výjimky. Je velmi pravděpodobné, že duševní onemocnění se bude stále, stejně jako jiné nemoci, objevovat, a do životů lidí vstupovat bez pozvání.

Je velmi důležité, aby si lidé uvědomili, že psychické onemocnění potřebuje stejnou pozornost a péči jako onemocnění těla fyzického a aby poté byli schopni mu tuto pozornost ve formě léčení dát.

Společnost by mohla lidem s nemocí duše poskytnout více pochopení a nebýt vůči nim lhostejná, jelikož nikdo přesně nevíme, co se v našich životech v budoucnu bude odehrávat a pokud nemůže přispět k destigmatizaci psychicky nemocných, může alespoň psychiatrické klienty nestigmatizovat.

Hlavní cíle mé práce byly tedy:

- Popsat hlavní charakteristiku duševních onemocnění z pohledu sociální práce
- Popsat význam a funkci DPS Ondřejov jako intermediárně fungující organizace

Za další cíl v praktické části jsem si zvolila:

- Na základě dotazníku interpretace názorů, jak se na duševní onemocnění dívají vybrané skupiny lidí

Domnívám se, že se mi podařilo na tyto cíle odpovědět, i když jsem si vědoma, že některé části jsem mohla zpracovat pouze okrajově a deskriptivním způsobem.

Snažila jsem se vystihnout Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, jako vhodné zařízení pro klienty, kteří trpí duševním onemocněním,

Popsat význam a funkci DPS jako intermediárně fungující organizace a přiblížit význam a chod chráněného bydlení pro klienty s duševním onemocněním.

Za cíl v praktické části jsem si stanovila na základě dotazníku interpretaci názorů, jak se na duševní onemocnění dívají vybrané skupiny lidí. Konkrétně z řad odborníků, veřejnosti, studentů pomáhajících profesí a lidí ze sdružení Sympathea, Ondřej.

Samotnou mne překvapily výsledky dotazníku i poměr úspěšně i neúspěšně odhadnutých výsledků hypotéz, které jsem si v úvodu praktické části stanovila.

Výsledky dotazníku mne překvapily velmi pozitivně a troufám si tvrdit, že prezentované výsledky u vybraných skupin lidí mluví jednoznačně lépe, než jaký dojem ohledně stále se vyskytujícího (i když slábnoucího) „vakua“ kolem duševního onemocnění se vytváří např. někdy postojem médií. Domnívám se, že i přes mnohé rezervy, které by se mohli různými a postupnými kroky naplňovat, je společnost více otevřená k lidem s duševním onemocněním, než jaké je obecné povědomí.

Informace, které nabízí tato práce mohou přispět v orientaci lidem, kteří se o duševní onemocnění zajímají, a pomůže jim se zorientovat v možnostech, které nabízí konkrétní psychoterapeutické sanatorium.

16 Seznam použité literatury

Seznam použité a citované literatury:

GREENBERGOVÁ, J. *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*, Praha: Triton, 1998, ISBN 80-85875-52-7.

HADJMOUSSOVÁ, Z. a kol. *Pedagogicko-psychologické poradenství I. Vybrané problémy*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-7290-215-6.

JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Pallata, 2006

KOHOUTEK, R. a kol. *Základy sociální psychologie*. Brno: CERM, 1998. ISBN 80-7204-064-2

RAHN, E. a MAHNKOPF, A. *Psychiatrie – učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2000, ISBN 80-7169-964-0.

STYX, P. *O psychiatri.-Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, Brno: Computer press, 2003, ISBN 80-7226-828-7.

SVOBODA, M. (ed.) a kolektiv, *Psychopatologie a psychiatrie*, Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-154-9.

ZVOLSKÝ, P. kolektiv, *Obecná psychiatrie*, Praha: Unitisk, 1998, ISBN 80-7184-682-3

ZVOLSKÝ, P. kolektiv, *Speciální psychiatrie*, Praha: Unitisk, 1996, ISBN 80-7184-666-X

MATOUŠEK, O. kolektiv, *Sociální práce v praxi*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7367-002-X

MATOUŠEK, O. kolektiv; *Metody a řízení sociální práce*, Praha, Portál, 2003, ISBN: 80-7178-548-2
VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro sociální pracovníky*. 1. díl. Liberec, 2003, ISBN 80-7083-729-2.

VÁGNEROVÁ, M.; VALENTOVÁ, L. *Psychický vývoj dítěte a jeho variabilita*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1991. s. 115. ISBN 80-7066-384-7.

VÍTEK, K. a kol. *Výchovné poradenství a sociální patologie*. 1. vyd. SPN: Praha, 1989

Pozn.: použita vlastní bakalářská práce „*Názory laické a odborné veřejnosti na lidi s psychiatrickým onemocněním, s přihlédnutím na činnost DPS Ondřejov*“ z neabsolvovaného studia na UK ETF.

Elektronické zdroje informací:

1. ONDREJOV.cz: *Komu pomáháme* [online] c2011-2014 [cit. 26.10.2012].
Dostupný z WWW:
<http://www.ondrejov.cz/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1>.
2. MUJWEB.cz: *Schizofrenie* [online] c2011 [cit. 18.9.2013]. Dostupný z WWW:
<<http://mujweb.cz/www/schizofrenie/index.htm>>.
3. ONDREJOV.cz: *O nás* [online] c2011-2014 [cit. 15.1.2013]. Dostupný z WWW:
<http://www.ondrejov.cz/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1>.
4. ONDREJOV.cz: *O nás* [online] c2011-2014 [cit. 15.1.2013]. Dostupný z WWW:
<http://www.ondrejov.cz/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1>.
5. ONDREJOV.cz: *O nás* [online] c2011-2014 [cit. 12.1.2013]. Dostupný z WWW:
<http://www.ondrejov.cz/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1>.
6. ESETHELP.cz: *Chráněné bydlení* [online], [cit. 16.1.2014]. Dostupný z WWW:
<<http://www.esethelp.cz/sluzby/bydleni.html>>.
7. ONDREJOV.cz: *Psychotické a neurotické poruchy – sociální služby nás* [online] c2011-2014 [cit. 20.11.2013]. Dostupný z WWW: <<http://www.ondrejov.cz/o-nas>>.
8. GREENDOORS.cz: *Green doors* [online] c1997-2009 [cit. 21.11.2013]. Dostupný z WWW: <<http://www.greendoors.cz/>>.
9. GREENDOORS.cz: *Naše služby* [online] c1997-2009 [cit. 21.11.2013]. Dostupný z WWW: <http://www.greendoors.cz/nase_sluzby>.
10. ONDREJOV.cz: *Léčebné programy* [online] c2011-2014 [cit. 24.11.2013].
Dostupný z WWW:< <http://www.ondrejov.cz/programy>>.
11. SYMPATHEA.cz: *O organizaci Sympathea o.p.s.* [online], [cit. 24.11.2013].
Dostupný z WWW:< <http://www.sympathea.cz/organizace.html>>.

